

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tiago José Costa Lopes

Lisboa

2018





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tiago José Costa Lopes

Orientador: Sr.^a Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Sá

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“We are what we repeatedly do.
Excellence, then, is not an act but a habit.”*

Will Durant, 1926

AGRADECIMENTOS

À minha família pela compreensão, motivação, apoio, amor e amizade.

À Sr^a Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Sá pela orientação, disponibilidade e motivação.

Às Enfermeiras Teresa Gonçalves e M^a José Cabrita pela disponibilidade, paciência, motivação, orientação, apoio e partilha de experiências e conhecimentos.

Aos meus colegas de trabalho por facilitarem as trocas e pelas palavras de incentivo.

Às pessoas que cuidei nesta etapa e que permitiram o desenvolvimento de competências, sem elas nada teria sido possível.

LISTA DE SIGLAS/ ABREVIATURAS

ACM – Artéria Cerebral Média

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CR – Cadeira de rodas

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC – Medical Research Council

NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

UCV – Unidade de cerebrovascular

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) constitui um problema relevante dentro das doenças do aparelho circulatório, cujas consequências físicas, cognitivas e sociais são fatores determinantes para a dependência e incapacidade, afetando a funcionalidade da pessoa. Apesar dos avanços tecnológicos terem permitido a diminuição da mortalidade associada, a inversão da pirâmide demográfica possibilita prever uma incidência e prevalência cada vez mais elevadas, com importante impacto na condição de saúde da população.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem uma intervenção fulcral no cuidar da pessoa com AVC e sua família, detendo competências para a avaliação das necessidades que decorrem dos défices instalados, promovendo o autocuidado e a funcionalidade. O contributo do EEER inicia-se na identificação dos défices e desenvolvimento de estratégias de prevenção de complicações secundárias na fase aguda e deve prolongar-se num *continuum* ao longo do processo de reabilitação, hospitalar ou comunitária, possibilitando o regresso a casa bem-sucedido. Tendo como objetivo a capacitação da pessoa e da família na preparação do regresso a casa, ao longo do ensino clínico, numa unidade de cerebrovascular (UCV) e numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), teve subjacente a filosofia de cuidados preconizada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

A finalidade deste relatório de estágio visa descrever, analisar e refletir o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista (EE) e EEER, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através da análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico.

As atividades desenvolvidas ao longo deste percurso evidenciam a importância da intervenção do EEER na promoção do autocuidado e funcionalidade da pessoa com AVC e sua família, ao longo do processo de reabilitação. As aprendizagens que daí resultaram contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, com aquisição de novas competências e responsabilidade acrescida na prática clínica, na formação dos pares e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Regresso a casa; Enfermagem; Reabilitação.

ABSTRACT

Stroke is a relevant problem from the circulatory system diseases, whose physical, cognitive and social consequences are determinants of dependence and disability, affecting the functionality of the person. Although the technological advances allowed the reduction of the associated mortality, the inversion of the demographic pyramid concede the prediction of an increasing incidence and prevalence, with great impact on the health status of the population.

The Rehabilitation Nurse has a central intervention in caring for the person with stroke and her family from the outset, with essential skills in assessing needs arising from installed deficits and in the implementation of interventions aimed at adapting to the limitations, promoting self-care and functionality. The contribution of this professional begins with the identification of deficits and the development of strategies for the prevention of secondary complications in the acute phase and must go on a *continuum* throughout the rehabilitation process, hospital or community-based, making it possible to return home successfully. Targeting the empowerment and skills training of the person and the family, during the clinical teaching, in a stroke-unit and in an integrated care team, the formulation of the diagnoses and interventions of Rehabilitation Nursing had underlying the philosophy of care advocated in Dorothea Orem's Theory of Self-Care.

The core of this work is to describe, analyze and reflect about the skills development as a Specialist Nurse and as a Rehabilitation Nurse, as recommended by the Portuguese Nursing Order, through the analysis and reflection of the activities developed in the clinical teaching context.

The activities developed along this period highlight the importance of the Rehabilitation Nurse intervention in promoting the self-care and functionality of the person with stroke and her family throughout the rehabilitation process. The resulting learning has contributed to my personal and professional growth, with the acquisition of new skills and increased responsibility in clinical practice, in the training of peers and in the improvement of quality of care.

Key-words: Stroke; Self-care; Home coming; Nursing; Rehabilitation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. A problemática associada à pessoa após a instalação do AVC	13
1.1. A intervenção do EEER e o regresso a casa da pessoa com AVC e família ..	23
1.2. Concetualização dos cuidados de Enfermagem: Teoria do Autocuidado	27
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	30
2.1. Competências Específicas de EEER	30
2.2. Competências comuns de EE	47
3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	55
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES E ANEXOS	
APÊNDICE I - Trabalho de Projeto	
APÊNDICE II - Jornal de Aprendizagem sobre Avaliação Neurológica no AVC agudo	
ANEXO I - Certificação On-line na aplicação da escala NIHSS (Programa desenvolvido pelo <i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke</i>)	

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este é a construção e o reflexo de uma análise crítico-reflexiva às atividades desenvolvidas em dois contextos de ensino clínico, um hospitalar e outro na comunidade, que visam o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEER, preconizadas pela OE. As atividades desenvolvidas obedecem à linha orientadora estabelecida previamente no Trabalho de Projeto (Apêndice I).

As doenças do aparelho circulatório, com destaque para o AVC, constituem cerca de 10% dos óbitos a nível global, sendo em Portugal a principal causa de morte, dependência e incapacidade. Este está associado a sequelas físicas, mentais e sociais que limitam a capacidade funcional, principalmente de adultos e idosos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006; Sá, 2009; Direção Geral de Saúde [DGS], 2016). Apesar do avanço tecnológico das últimas décadas possibilitar a diminuição do número de mortes, a sua prevalência tem vindo a aumentar, associando-se ao desenvolvimento demográfico (Miller, Murray, Richards, Zorowitz, Bakas, Clark & Biliinger, 2010), com elevados custos para a pessoa/ família e para os sistemas de saúde (Kjellstrom, Norrving & Shatchkute, 2006).

No contexto de enfermagem de reabilitação, é indispensável avaliar as alterações da pessoa com AVC, prever as dificuldades que daí advirão e o seu potencial, de modo a minimizar o impacto dos défices sobre a capacidade para o autocuidado e, conseqüentemente, maximizar a funcionalidade e participação social. O enfermeiro, através da presença contínua ao longo deste processo, promove estratégias que visam a máxima independência possível no autocuidado e o ensino e treino do cuidador, promovendo a continuidade dos cuidados (Pereira, 2013) e assim um regresso a casa com maior adaptação. A influenciar este processo de readaptação da pessoa com AVC e sua família no regresso a casa está o grau de dependência da pessoa, o conhecimento que a pessoa com AVC e a família têm sobre a nova condição de saúde, a capacidade que têm para geri-la e o acesso a recursos de apoio na comunidade (White, Brady, Saucedo, Motz, Sharp & Birnbaum, 2014). Assim, o processo de planeamento do regresso a casa envolve um conjunto de atividades que permitem à pessoa com AVC e sua família desenvolver conhecimentos e capacidades que possibilitam adaptarem-se à nova condição de saúde (Petronilho, 2007).

A temática central deste relatório advém da necessidade detetada na nossa prática profissional, num centro de reabilitação física onde, em 2015, das 155 pessoas com AVC admitidas em programa de reabilitação, 137 tiveram alta para o domicílio (88%) e, em 2016, 126 em 139 (90%). Muitas destas pessoas, em consulta de seguimento ou reinternamento para reavaliação da funcionalidade, referem problemas de adaptação domiciliar, social ou familiar, o que interfere na realização do seu autocuidado. Esta realidade despertou o nosso interesse em compreender de que modo o EEER pode intervir na promoção do autocuidado e da funcionalidade da pessoa com AVC, no regresso a casa.

Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) (OE, 2011) a intervenção engloba os resultados de investigação e as orientações de boas práticas baseadas na evidência, pelo que foi realizada uma *Scoping Review*, de acordo com as normas do *The Joanna Briggs Institute* (2015), para responder à questão “Quais as intervenções do EEER para a promoção do autocuidado e da funcionalidade da pessoa com AVC e sua família, no regresso a casa?”. O protocolo e análise dos artigos obtidos encontram-se em apêndice, integrados no trabalho de projeto.

Uma das principais conclusões dos estudos analisados salienta a influência da idade, da independência funcional e da existência de apoios na comunidade como fatores preditores do regresso a casa (Koyama, Sako, Konta & Domen, 2011). Neste sentido, outra conclusão retirada da análise dos artigos selecionados reflete a importância de um modelo de intervenção centrado na pessoa com AVC e na família, promovendo o envolvimento destes no processo de reabilitação e a intervenção em contexto domiciliar, com ênfase nas intervenções mais relevantes para a pessoa e família, a qualidade de participação percebida nas atividades e a identificação de barreiras à comunicação (Lawrence & Kinn, 2011). Ainda, Kidd, Lawrence, Booth, Rowat & Russel (2015) reforçam a importância da intervenção centrada na pessoa e na família, avaliando as suas necessidades, conhecimentos e capacidades, de modo a fomentar estratégias que contribuam para a autogestão da sua condição de saúde a longo prazo, perspetivando-se, assim, uma maior participação e satisfação nas atividades desenvolvidas. Deste modo, é importante reorganizar o processo de planeamento do regresso a casa da pessoa com AVC e da sua família, para eliminar os fatores que interferem com a readaptação à vida familiar: uma inadequada preparação para a alta hospitalar, a falta de apoios na comunidade na gestão das

atividades de autocuidado e a necessidade de esclarecimento de dúvidas (White et al., 2014). A investigação realizada por Wang, Tsai, Wang, Lin, Lin, Chen,..., Lin, (2015) demonstra que a intervenção simultânea com a pessoa com AVC e o seu cuidador favorece o sucesso do programa de reabilitação, traduzindo-se em maiores ganhos a nível da força muscular, da mobilidade, da composição física e da reabilitação no geral, não apontando, contudo, benefícios ao nível da diminuição da sobrecarga do cuidador.

Neste seguimento, surge o conceito de autocuidado, que reúne a atenção da intervenção de enfermagem há muitos anos e tem vindo a evoluir na ótica do desenvolvimento de comportamentos de autogestão, por parte da pessoa com limitações e sua família, com impacto na promoção da saúde, prevenção de complicações e maximização da funcionalidade (Petronilho, 2012). O EEER é um profissional com competências acrescidas capazes de dinamizar e orientar o processo de readaptação à nova condição de saúde, tendo em conta as necessidades da pessoa e sua família, através da implementação de intervenções que visam a promoção do autocuidado e bem-estar e melhoria da qualidade de vida (OE, 2010).

De modo a pensar e estabelecer a estrutura de ação que visa dar resposta aos problemas da pessoa com AVC e sua família, nomeadamente na promoção do autocuidado no regresso a casa, optámos pela utilização da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A pertinência da incorporação desta teoria na prática incide na sua organização dinâmica, que permite a reestruturação dos cuidados de acordo com o grau de ajuda necessária. Neste sentido, a intervenção do EEER é corroborada pelo conhecimento específico da Enfermagem enquanto disciplina, possibilitando compreender a forma como a pessoa interage com o ambiente e definir estratégias para colmatar os défices encontrados.

Face ao exposto, elaborou-se o objetivo geral: desenvolver competências de EEER na promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar e social. Para concretizar o objetivo supracitado elaboraram-se os seguintes objetivos específicos: a) Compreender as intervenções de ER à pessoa com défice de autocuidado e diminuição da funcionalidade; b) Planear as intervenções de ER à pessoa com alterações sensório-motoras, respiratórias, de eliminação, sexualidade, entre outras; c) Implementar as intervenções de ER para promoção do autocuidado e da funcionalidade; d) Monitorizar

a eficácia das intervenções, tendo em conta os objetivos da pessoa/ família para o programa de reabilitação.

De forma a desenvolver competências como EE e EEER preconizadas pela OE, delineou-se o segundo objetivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas e humanas de EEER, na promoção do processo de reabilitação da pessoa e sua família.

A concretização destes objetivos ocorreu em dois momentos de ensino clínico, numa UCV e numa ECCI.

O presente relatório está dividido em três partes, para além da presente introdução, uma primeira contempla a problemática associada à pessoa após instalação do AVC, a intervenção do EEER na promoção do autocuidado e o regresso a casa, bem como a teoria de enfermagem de Dorothea Orem como orientadora da implementação das nossas intervenções. Numa segunda parte, estão descritas as atividades implementadas que conduzem ao desenvolvimento de competências de EE e EEER. Na terceira parte, realiza-se uma avaliação geral do percurso efetuado, face aos objetivos propostos e às competências desenvolvidas, terminando com uma conclusão.

1. A problemática associada à pessoa após a instalação do AVC

A evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, com o desenvolvimento de técnicas cada vez mais sofisticadas e melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem tido um grande impacto na transição demográfica vigente, com o alargamento da esperança média de vida e progressivo aumento de pessoas a viver com doenças crónicas (Miller et al, 2010). Destas, destaca-se o AVC, como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo e que se caracteriza como a manifestação de uma doença vascular cerebral que culmina num conjunto de sintomas de deficiência neurológica, que dura pelo menos 24 horas, provocados por alteração da irrigação sanguínea no cérebro (OMS, 2006; Sacco & Kesner, 2013). Desta definição exclui-se o acidente isquémico transitório, cujos sintomas desaparecem em menos de 24 horas (OMS, 2006).

O AVC é uma manifestação de uma longa cadeia de acontecimentos, podendo ser isquémico quando é de origem trombótica, embólica ou lacunar; ou hemorrágico quando é causado por hemorragia intracerebral, parenquimatosa ou subaracnoide. Dentro destes, o AVC isquémico é o que ocorre com maior frequência (Martins, 2002) atingindo cerca de 80% da população (DGS, 2016; AHA, 2017).

O AVC hemorrágico é o extravasamento de sangue no tecido cerebral, como consequência da rutura de um vaso. Há fatores predisponentes onde se destacam a hipertensão arterial, a arteriosclerose, aneurismas congénitos, entre outros (Martins, 2002). Geralmente o AVC hemorrágico é mais grave, originando até 50% de mortalidade e é predominante na população mais jovem (Menoita, 2012). Este tem origem nos locais de maior fragilidade vascular e pode ser causado por hemorragia subaracnoideia (HSA) ou hemorragia intracerebral (HIC). Na HSA, o sangue extravasado fica localizado no espaço subaracnoideu, geralmente devido à rutura de um aneurisma intracerebral; na HIC, o sangue acumula-se na zona intraparenquimatosa, por rutura de arteríolas ou mal formações arteriovenosas, seja no interior dos hemisférios, nos lobos cerebrais ou na fossa posterior (Ferro, 2013).

O AVC isquémico classifica-se como trombótico quando a formação do trombo responsável pela oclusão se desenvolve no próprio local da lesão. A embolia caracteriza-se pela formação do trombo noutra parte do corpo que, quando entra em circulação, produz oclusão em regiões mais estreitas das artérias cerebrais. As lacunas ocorrem por pequenos enfartes característicos da patologia das artérias

perfurantes (Martins, 2002). Este tipo de AVC ocorre por oclusão duma artéria de um dos dois sistemas responsáveis pela irrigação sanguínea cerebral: o carotídeo e o vértebrobasilar (Ferro, 2013).

Sucintamente, podemos descrever que a vascularização cerebral provém de dois grandes sistemas: o carotídeo e o vértebrobasilar. A artéria carótida comum subdivide-se em externa e interna, sendo que esta última apenas se ramifica ao entrar no encéfalo dando origem à Artéria Central da Retina, Artéria Cerebral Anterior, Artéria Coroideia Anterior e Artéria Cerebral Média (ACM). Estas constituem a principal fonte de fornecimento sanguíneo à porção anterior do encéfalo e abrangem áreas como quase toda a face externa dos hemisférios cerebrais, lobos frontal, parietal e temporal, o globo ocular e estruturas anatómicas mais profundas (cápsula interna e núcleos da base, excetuando o tálamo) (Chaves & Jones, 2006; Ferro, 2013). A ACM é o maior ramo da artéria carótida interna, recebe cerca de 80% da sua circulação e é a artéria mais frequentemente ocluída no AVC isquémico.

O sistema vértebrobasilar é constituído pelas artérias vertebrais, o tronco basilar e os seus ramos e a Artéria Cerebral Posterior, que irrigam o tronco cerebral, o cerebelo, o tálamo, o ouvido interno, parte do hipotálamo, os lobos occipitais e uma pequena parte dos temporais (Chaves & Jones, 2006; Ferro, 2013).

A alteração neurológica após o AVC não depende do tipo mas sim do local afetado e da extensão da lesão. Assim, de acordo com a localização do AVC e artérias envolvidas, os sinais e sintomas mais comuns podem ser consultados no apêndice II.

Alterações motoras e sensitivas

A diminuição da força muscular, designada por parésia, ou a ausência de força muscular, denominada plégia, são objetivamente avaliadas com recurso a instrumentos de avaliação como a escala *Medical Research Council* modificada ([MRC]). A hemiparesia, uma das consequências mais comuns do AVC, ocorre pela interrupção dos sinais motores, pela via cortico-espinhal (as fibras motoras desta via provêm do córtex motor primário), até aos neurónios motores da medula espinhal. Porém, também há contribuição de áreas do córtex motor secundário como o córtex pré-motor dorsolateral, a área motora suplementar e do giro cingulado (Ward, 2005). Pode também ocorrer parésia facial, por lesão do VII par craniano, que compromete uma das hemiface, verificando-se desvio da comissura labial e apagamento do sulco nasogeniano.

A revisão sistemática de literatura (RSL) realizada por Hatem, Saussez, Faille, Prist, Zhang, Dispa & Bleyenheuft (2016) destaca que as consequências do AVC em relação aos membros superiores podem incluir diminuição da força muscular, contratura, alterações do tônus muscular e dificuldades no controlo motor.

A incapacidade do membro superior pode estar relacionada também com outras alterações neurológicas que não necessariamente a função motora (Hatem et al., 2016). As alterações somatossensoriais (alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa; e propriocepção) são comuns após o AVC com taxas de prevalência que variam entre 11% e 89% (Hatem et al., 2016) e, quando presentes, comprometem o correto funcionamento motor. A ação da área sensitiva, que contribui com fibras sensitivas para a via cortico-espinhal através do córtex sensorial primário e partes do córtex parietal e insular (Ward, 2005), tem implicações em termos funcionais. As alterações motoras provocadas pelo défice sensorial englobam diminuição da informação sensitiva detetada, perturbação da função motora dependente da informação somatossensorial e diminuição dos resultados de reabilitação do membro superior (Hatem et al., 2016).

Adicionalmente, a dor no membro superior mais afetado é muito comum no primeiro ano após o AVC, destacando-se o ombro doloroso, com reflexo no processo de reabilitação (Hatem et al., 2016). Neste sentido, também o *neglect* e a espasticidade são complicações do AVC que podem afetar a funcionalidade e a reabilitação do membro superior (Hatem et al., 2016). As alterações sensoriais mais frequentes são os défices sensoriais superficiais, propriocetivos e visuais. No AVC pode ocorrer a diminuição ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) (Menoita, 2012). A pessoa fica incapaz de realizar movimentos eficientes e controlados, e pode perder a noção da posição e do movimento do membro, uma vez que a sua sensibilidade profunda (postural e vibratória) pode ser afetada.

Relativamente à alteração do tônus muscular, a espasticidade, com início a curto, médio ou longo prazo após o AVC, é uma consequência bastante comum, afetando cerca de 30% das pessoas e com incidência maioritária nos primeiros dias ou semanas (Thibaut, Chatelle, Ziegler, Bruno, Laureys & Gosseries, 2013). No membro superior, a caracterização mais frequente da espasticidade é a retração e depressão do ombro com rotação interna e adução da articulação escapulo-umeral, flexão do cotovelo e pronação do antebraço, flexão do punho e dedos, com adução destes. No membro inferior, o padrão mais observado é a retração da anca com

rotação externa da articulação coxofemoral, extensão do joelho, extensão da tibiotársica com inversão e flexão plantar (Thibaut, et al., 2013), designando-se de padrão espástico. A alteração do equilíbrio entre as fibras inibitória e excitatórias pode dar origem a hipotonia, discinesia ou espasticidade (Thibaut, et al., 2013). Estes autores referem que a incidência de espasticidade deve-se sobretudo a lesões localizadas no tronco cerebral, no córtex cerebral (primário, secundário e área motora suplementar) e medula espinhal. Após a lesão isquémica cerebral, a incidência de espasticidade pode ser explicada por uma reorganização neuronal anárquica (Thibaut, et al., 2013).

As alterações do equilíbrio, sentado ou em pé, podem ser avaliadas subjetivamente através da observação, recorrendo à escala de *Berg* ou à prova de *Romberg*. Estas alterações são características de comprometimento do sistema vértebro-basilar e o seu controlo necessita de informação visual, somatossensorial e vestibular, para além de um adequado controlo motor (Bonan, Gaillard, Ponche, Marquer, Vidal & Yelnik, 2015). O estudo de Teles & Gusmão (2012), com uma população de 20 pessoas com AVC, revelou ausência de equilíbrio em 15% destas e pelo menos alguma diminuição nas restantes 85%. Podem também ocorrer alterações da coordenação, associadas a lesões na área cerebelar, cuja irrigação sanguínea depende também do sistema vértebro-basilar, nomeadamente as artérias cerebelar superior, cerebelar póstero-inferior e cerebelar ântero-inferior (Ferro, 2013; Bonan et al., 2015). Uma alteração na coordenação designa-se ataxia e pode ser avaliada para os membros superiores recorrendo à prova índice-nariz e nos membros inferiores à prova calcanhar-joelho.

Os requisitos de autocuidado universais, associados aos processos de vida e à manutenção da integridade e estrutura do funcionamento humano, em diversas fases do ciclo vital, são transversais a todas as pessoas. Exemplos destes são a manutenção de uma quantidade de ar suficiente, o consumo suficiente de água e comida, a manutenção de funções de eliminação satisfatórias e o equilíbrio entre a atividade e o descanso. As alterações que comprometem estes requisitos exigem a implementação de cuidados de enfermagem para o desenvolvimento do potencial para o autocuidado da pessoa.

As alterações na eliminação intestinal são frequentes na pessoa com AVC, principalmente na fase aguda e são de natureza multifatorial. Na evidência consultada, constata-se a escassez de estudos na área da incontinência intestinal após o AVC,

visto depender de um variado número de sintomas subjetivos, mas relata uma incidência entre 30-60% (Yi, Chun, Kim, Han & Park, 2011). A obstipação pode surgir por: diminuição da mobilidade, alteração do estado de consciência, alterações na dieta, ingestão insuficiente de água, déficit cognitivo ou como efeito secundário de alguma medicação (Harari, Norton, Lockwood & Swift, 2004) e falta de privacidade ou dependência de terceiros para a utilização da sanita (Engler, Dourado, Amâncio, Farage, Mello & Padula, 2014).

Do ponto de vista neurológico, se a lesão afetar o centro de eliminação intestinal, inibe a sequência simpática e parassimpática da defecação, que pode levar à obstrução de fezes na ampola retal e dificultar a coordenação entre os movimentos peristálticos, o relaxamento dos músculos do pavimento pélvico e do esfíncter anal externo (Engler, et al., 2014). Esta acumulação também pode acontecer por diminuição da sensibilidade retal, que leva ao aumento da capacidade desta região e à acumulação de fezes (Engler, et al., 2014). A incontinência fecal apresenta uma prevalência de aproximadamente 40% e reduz para 20% após a alta (Winstein & Stein, 2016) e relaciona-se com a incapacidade de interpretar os impulsos sensoriais para defecar conduzidos pelo arco reflexo, sendo ativado o reflexo defecatório sacral, diminuindo o controlo do esfíncter anal e ocorrendo a eliminação involuntária, acompanhada de urgência quase concomitante com o reflexo gastrocólico (Gender, 2011).

A estabilização deste padrão ocorre a longo prazo, entre 6 meses a 1 ano, particularmente em pessoas que adotam estilos de vida mais ativos e uma dieta saudável (Harari, et al., 2004). Destaca-se, também, a ampla variedade de medicação prescrita para o controlo intestinal, que é influenciado por vários fatores, dificultando a identificação do método ideal (Harari, et al., 2004). Assim, defende-se, uma abordagem individual com base nos sintomas experienciados/ vivenciados e alicerçada na educação para a saúde, cujo empowerment resultante deve ser reforçado a longo prazo na pessoa com AVC (Harari, et al., 2004).

A alteração da eliminação urinária após o AVC é multifatorial, sendo que a retenção urinária na fase aguda é comum nas primeiras 72 horas (Jordan Quain, Marsden, White, Bullen, Wright,..., Baines, 2011) e, maioritariamente, causada por ausência de atividade reflexa do detrusor (Sayed, Adhyuaman & Chattopadhyay, 2008). A evidência reporta a existência de volumes residuais altos após a micção, nas primeiras semanas após o AVC e a presença de retenção urinária em cerca de 21% das pessoas, nas primeiras 3 semanas (Son, Chung, Kang & Yoon, 2017). Como

fatores que influenciam a retenção destacam-se: ser do sexo masculino, o aumento da idade, a hipertrofia da próstata, as doenças neurológicas, a diabetes Mellitus, a medicação anticolinérgica (Son, Chung, Kang & Yoon, 2017), alterações da atividade do detrusor ou disfunções vesico-esfincterianas (Jordan, et al., 2011). Como consequência da retenção urinária prolongada e não controlada surgem as lesões renais, a incontinência urinária e as infecções do trato urinário, o que contribui para desvios de saúde e doença (Son, et al., 2017). Tanto a retenção urinária como a incontinência são fatores fortemente associados à diminuição da capacidade cognitiva, afasia e a limitação na recuperação funcional (Son, et al., 2017).

A incontinência urinária é também uma consequência do AVC, apresentando uma incidência entre 38%-60% na fase aguda. Uma das causas mais comuns é a hiperatividade do detrusor e está associada a lesões do lobo frontal, dos gânglios basais e da cápsula interna, com ou sem dissinergia vesico-esfincteriana (Gupta, Taly, Srivastava & Thyloth, 2009). Há vários requisitos de desvios de saúde/doença que influenciam a incontinência urinária após o AVC, onde se destacam: a lesão no canal neurológico da micção, que leva a disfunções do detrusor, a alteração do estado de consciência, a perda de sensibilidade, a ataxia, a depressão e a afasia (Sayed, Adhyuaman & Chattopadhyay, 2008). No estudo de Gupta et al. (2009), o achado mais prevalente foi a presença de hiperatividade do detrusor concomitante com contrações vesicais desinibidas (bexiga desinibida), isto é, ocorre o relaxamento involuntário do esfíncter simultaneamente com contrações vesicais involuntárias, resultando em perdas urinárias por urgência. A incontinência funcional concorre com a retenção e a incontinência por urgência, como problemas mais comuns do controle vesical e provém da diminuição da capacidade física e/ou cognitiva para conjugar todos os fatores inerentes à micção no local apropriado (Jordan, et al., 2011).

As alterações na alimentação também são comuns no AVC, sendo que, na fase aguda, a incidência de disfagia é cerca de 50%, pelo que se torna imprescindível a avaliação precoce da deglutição para prevenir complicações pulmonares e garantir a alimentação em segurança por via oral (Mourão, Lemos, Almeida, Vicente & Teixeira, 2016). Apesar da disfagia em pessoas com AVC poder resolver-se espontaneamente alguns dias após o evento, a sua detecção precoce, pelo risco de aspiração inerente, é de extrema importância (Cardoso, Raíño, Quitério, Cruz, Magano & Castro, 2011). Cerca de 60% das pessoas com AVC com disfagia sofrem aspirações silenciosas, com consequente aumento da morbidade e mortalidade, pelo que é considerada um

importante marcador das complicações do AVC (Ickenstein, Hohlig, Prosiegel, Koch, Dziawas, Bodechtel,..., Riecker, 2012). Não se atribui uma relação causa-efeito tendo em conta a localização do AVC, mas os achados revelam grande preponderância quando o território carotídeo é afetado, nomeadamente a ACM (Mourão, et al., 2016). Também ocorre uma elevada incidência quando o tronco cerebral é afetado, devido à localização neste local dos nervos cranianos que são responsáveis pelo processo de deglutição (Mourão, et al., 2016). Os nervos cranianos envolvidos na deglutição são o trigêmeo, o facial, o glossofaríngeo, o vago, o espinhal e o grande hipoglosso (Braga, 2017). Destes destaca-se o nervo facial, que é misto mas essencialmente motor, cujas alterações afetam a função de grande parte dos músculos envolvidos na mastigação e na mímica facial (Braga, 2017). A evidência reunida aponta para uma maior correlação entre a extensão da lesão e a disfagia do que o local *per si*, provavelmente pelo recrutamento neuronal compensatório ipsilateral (Mourão, et al., 2016).

As alterações na deglutição estão associadas a transtornos no normal funcionamento das estruturas envolvidas na deglutição, assim como alterações do estado de consciência, atenção, perceção, coordenação, força, planeamento motor, sensibilidade, campos visuais e/ou comportamentos impulsivos (Braga, 2017). As principais complicações da disfagia e que comprometem a qualidade de vida da pessoa com AVC são a desidratação, a desnutrição e a pneumonia por aspiração. Estas podem levar ao aumento do tempo de hospitalização e posterior institucionalização (por apresentar maior grau de dependência no momento da alta ou necessidade de cuidados de saúde específicos) e reduzir a participação da pessoa no programa de reabilitação (Braga, 2017). Uma das vantagens da avaliação da deglutição com diferentes consistências alimentares, é a aproximação à alimentação do cotidiano, sendo que ainda é controversa a consistência ideal para iniciar a avaliação (Cardoso, et al., 2011). Se por um lado a disfagia é mais prevalente para líquidos, estes também são os que têm menos consequências nefastas no caso de ocorrer aspiração (Cardoso, et al., 2011). É defendido a presença de equipas especializadas na avaliação, diagnóstico e tratamento da disfagia nos cuidados à pessoa com AVC, de modo a realizar uma deteção precoce da disfagia orofaríngea (transacional ou crónica), para garantir a segurança da pessoa e a viabilização da alimentação oral, tendo em conta que a disfagia pode resolver-se espontaneamente em poucos dias após o AVC (Ickenstein, et al. 2012). Mesmo defendendo-se uma abordagem interdisciplinar na disfagia, o EEER é imprescindível na monitorização,

apoiado por um instrumento de avaliação que classifique o grau e o tipo de disfagia, como por exemplo o teste de GUSS (Cardoso, et al., 2011).

Alterações emocionais

Dafer, Rao & Sharma (2008) enfatizam que as alterações emocionais são uma seqüela comum do AVC e podem interferir com a recuperação e os resultados de reabilitação, destacando-se a depressão, a ansiedade, a irritabilidade, a agitação, a labilidade emocional e a apatia. Estes sintomas neuropsicológicos, que são normalmente demonstrados na fase aguda ou interpretados como manifestações “pseudo-depressivas”, são frequente e erradamente denominados depressão, o que reflete ainda a falta de uniformização da avaliação, definição e tratamento da condição após AVC. Esta aumenta os índices de sobrecarga da pessoa e do cuidador e está associada a déficit na atenção, na aprendizagem e nas funções executivas, com consequências ao nível da cognição e, conseqüentemente, no envolvimento no programa de reabilitação e nos resultados obtidos.

A RSL realizada por Hackett, Yapa & Parag (2005) reporta a prevalência de depressão em cerca de um terço das pessoas com AVC, sendo que consideram que este número pode ser estimado por defeito pelo subdiagnóstico desta condição e pela potencial dificuldade em diagnosticar alterações emocionais em pessoas com afasia e/ou demência. A RSL desenvolvida por Hackett & Anderson (2005) identifica a incapacidade, a severidade do AVC e o déficit cognitivo como fatores predisponentes para a instalação da depressão após o AVC. No que concerne à reabilitação, estes autores consideram que a ocorrência de depressão influencia a participação no programa e a socialização. Isto torna-se particularmente relevante pela socialização ser fator protetor de alterações emocionais. Problemas como a depressão e a ansiedade após o AVC devem despertar particular atenção dos profissionais de saúde, uma vez que consequências como a alteração da expressão facial (em casos de parésia do VII nervo craniano) e alterações na compreensão e/ou expressão (afasia) podem mascarar os problemas ou interferir na forma como o evento *stressor* é interpretado pela pessoa (Mukherjee, Levin. & Heller, 2006). A depressão e a ansiedade podem interferir na funcionalidade da pessoa com AVC, nomeadamente pelo impacto que têm nas funções cognitivas através da interferência nos processos de tomada de decisão. Esta última afeta a autodeterminação e a capacidade de prever e resolver problemas utilizando as informações do contexto e as aprendizagens adquiridas em experiências prévias (Mukherjee, Levin. & Heller, 2006).

Alterações Cognitivas

O déficit cognitivo na pessoa com AVC traduz-se pelo déficit na atenção, orientação, linguagem, percepção, funções executivas e memória (Sun, Tan & Yu, 2014).

A alteração da atenção, provocada por uma lesão nos hemisférios ou no tronco cerebral, é uma das consequências mais comuns da lesão cerebral (Yudofsky & Hales, 2006). A atenção interfere com a consciência, a atividade sensorial, a memória e com as funções executivas (Caldas, 2000). A incapacidade para manter a atenção num estímulo está relacionada com lesões no lobo frontal e parietal direitos, enquanto que o mesencéfalo tem a função de conseguir alternar a direção da atenção entre um foco e outro (Ekman, 2004). No homem, devido à assimetria funcional dos hemisférios cerebrais, nas lesões à esquerda o hemisfério direito mantém a atenção assegurando a função dos dois hemisférios, não se verificando o inverso. Tal traduz-se em perturbações na percepção do hemi-espaco à esquerda - *neglect* (Caldas, 2000). Também nestas situações, os estímulos sensoriais bilaterais simultâneos (táteis, visuais e auditivos) podem evidenciar alterações na atenção, sendo denominada extinção quando o estímulo é percebido apenas do lado menos lesado (Mendes, 2014).

A memória desempenha funções de interação com o contexto, permitindo a socialização, a construção da personalidade e moldagem do comportamento. É uma propriedade complexa do ser humano e relaciona-se com a consciência, a atenção, o raciocínio, a aprendizagem, as funções executivas e as emoções (Nunes, 2012).

A linguagem é a capacidade de comunicação do ser humano que implica a codificação e decodificação de símbolos para permitir a troca de informação (Yudofsky & Hales, 2006). No caso do AVC, importa distinguir a afasia da disartria por serem os casos mais verificados. A presença de afasia é característica de lesão hemisférica esquerda, mais especificamente nos lobos frontal e temporal, sendo uma alteração comum no AVC da ACM esquerda (Chaves & Jones, 2006; Ferro, 2013). Contudo, os aspetos semânticos da linguagem e a prosódia do discurso são característicos da linguagem atribuídos ao hemisfério direito (Caldas, 2000). Apesar da predominância do hemisfério esquerdo sobre o direito nas funções de linguagem, a recuperação da afasia depende de redes neuronais importantes que envolvem os dois hemisférios (Kuest & Karbe, 2002). O modelo de Wernicke-Geschwind recomenda a avaliação da linguagem de acordo com seis características: fluência,

compreensão, nomeação, repetição, leitura e escrita (Yudofsky & Hales, 2006). A escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), que é a escala de avaliação neurológica mais comumente utilizada no AVC agudo, preconiza apenas a avaliação da linguagem quanto à compreensão, fluência do discurso, nomeação e repetição (Nye, Hyde, Tsivgoulis, Albright, Alexandrov & Alexandrov, 2012).

A disartria é a dificuldade na articulação de palavras como consequência de distúrbios do controlo muscular dos mecanismos envolvidos na produção oral da fala (Koizumi & Diccini, 2006) não sendo, no entanto, considerada uma disfunção cognitiva. Esta pode ser identificada durante o discurso livre, ou pedindo à pessoa para repetir frases (Menoita, 2012).

As funções executivas são funções complexas que incluem a capacidade de formular objetivos, planejar, realizar, fazer adaptações necessárias e tomar decisões. Estas estão sobretudo alteradas nas lesões frontais, ou lesões cerebrais difusas. A avaliação destas funções pode ser realizada no desempenho de uma atividade, monitorizando a capacidade de planejar, estabelecer prioridades e decidir (Yudofsky & Hales, 2006). Cabe aos profissionais de saúde promover a autonomia na tomada de decisão da pessoa com AVC, maximizando a sua autodeterminação através da identificação e intervenção sobre os fatores que a influenciam negativamente (Mukherjee, Levin. & Heller, 2006).

A apraxia é a incapacidade para realizar de forma correta uma sequência de movimentos motores e não está relacionada com diminuição da força muscular, sensibilidade ou descoordenação (Yudofsky & Hales, 2006). Geralmente, a apraxia identifica-se quando se apresenta um objeto à pessoa e ela não sabe o que fazer com ele ou quando não consegue realizar uma atividade de forma organizada e sequencial (Menoita, 2012).

Alterações socioculturais

O isolamento social pode ser resultado de alterações emocionais ou das funções executivas que influenciam as relações interpessoais, mudanças no papel social desempenhado, mobilidade e emprego, o que implica alterações nos requisitos de autocuidado de desenvolvimento. Alterações de linguagem (escrita, fala e leitura), pelo impacto que têm na comunicação, e alterações da percepção (p. ex. agnosia), pela incapacidade de compreensão dos défices, do reconhecimento de caras familiares, expressões faciais ou cores, entre outros, são fatores importantes que contribuem para a mudança de papéis e para o isolamento (Mukherjee, Levin & Heller, 2006). As

alterações sensório-motoras que condicionam a mobilidade também estão associadas a limitações na atividade e restrição na participação, ou seja, condicionam a preservação do requisito universal de equilíbrio entre a atividade e o descanso (Cawood, Visagie & Mjie, 2016; Winstein & Stein, 2016).

As pessoas com AVC ligeiro, cuja definição dos défices ainda não é concisa, mas em termos gerais engloba consequências *minor* que determinam pouco impacto no desempenho das AVD, têm geralmente alta para o domicílio e os seus défices, a longo prazo, têm uma repercussão muito maior na sua funcionalidade do que seria expectável (Rochette, Desrosiers, Bravo, Tribble & Bourget, 2007).

O desenvolvimento de modelos conceituais internacionais como a classificação internacional de funcionalidade, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), veio sublinhar a importância de um correto seguimento das pessoas com AVC ligeiro. Uma vez que este modelo incorpora uma visão holística da participação, para além do que é avaliado por instrumentos mais usuais como o índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF), abrange não só o desempenho nas AVD como também a participação social (Rochette, et al., 2007).

Alteração da sexualidade

Menoita (2012) refere que a sexualidade faz parte da identidade e da personalidade de cada ser humano. A sexualidade na pessoa com AVC pode sofrer transtornos devido a alterações na imagem corporal e da autoestima, em casos de mobilidade reduzida, de incontinência vesical e intestinal e ainda devido a efeitos secundários da medicação.

1.1. A intervenção do EEER e o regresso a casa da pessoa com AVC e família

O trabalho de Murphy & Cobert (2009) sublinha os avanços na área da recuperação espontânea após AVC, destacando a plasticidade do cérebro adulto que a promove. Neste campo, realça-se a organização do córtex sensorial e motor em mapas somatotópicos, cuja plasticidade depende do uso, ou seja, os mapas podem ser modificados pela experiência (Murphy & Cobert, 2009). A organização do córtex motor reflete o agrupamento de neurónios motores com ação específica sobre o movimento muscular, enquanto o mapeamento do córtex sensorial representa o emparelhamento de neurónios específicos do córtex sensorial com as diferentes estruturas do corpo (Murphy & Cobert, 2009). Os neurónios do córtex motor são responsáveis pela aprendizagem e expressão do movimento representando, assim, um engrama motor (Murphy & Cobert, 2009). Quando esta área cerebral é afetada

pelo AVC e determinado circuito é afetado, acredita-se que a recuperação ou adaptação da função se deve à compensação comportamental pelas áreas vizinhas não afetadas, ou pelo desenvolvimento de novos circuitos cerebrais que levam a estratégias de compensação comportamental e/ou novas estratégias para melhorar/recuperar o desempenho (Murphy & Cobert, 2009). A reorganização neuronal é a combinação entre a recuperação espontânea e a reaprendizagem da função perdida, através da reabilitação. Esta estende-se por um período mais alargado do que os processos de resolução peri-lesionais (reabsorção do edema ou reperfusão da penumbra isquêmica) e é influenciada pelos tratamentos de reabilitação (Teassel & Hussein, 2016). Murphy & Cobert (2009) defendem que a recuperação após AVC se deve a alterações estruturais e funcionais dos circuitos neuronais próximos aos afetados, cujo funcionamento é semelhante ao desenvolvimento do sistema nervoso com o crescimento e à plasticidade influenciada pela experiência.

O pico de recuperação neurológica após AVC ocorre entre o primeiro e o terceiro mês. Após este período, a recuperação continua a um ritmo mais lento até aos seis meses, havendo evidência que apenas em 5% das pessoas esta fase se prolonga até um ano, e são especialmente aquelas cujas incapacidades eram mais severas no momento da avaliação inicial. Este progresso pode estagnar a qualquer momento e apenas cerca de 10% das pessoas com AVC moderado a severo atinge a “recuperação total” (Teassel & Hussein, 2016). A evidência reunida por Teassel & Hussein (2016) aponta que grande parte da recuperação espontânea após AVC acontece nos primeiros seis meses, no entanto considera-se que continue a ocorrer, não sendo estatisticamente significativa. Os autores constataram que a recuperação do défice motor, nos primeiros seis meses, é de 70% da possibilidade máxima de recuperação de cada pessoa, atendendo ao défice inicial, desde que a via cortico-espinhal esteja relativamente intacta. O dano desta estrutura limita substancialmente a recuperação da função motora do membro superior, verificando-se evidência que suporta que a recuperação espontânea tem pouca ou nenhuma influência na sua reabilitação.

A recuperação funcional relaciona-se com o aumento da independência no autocuidado e na mobilidade, sendo que a sua melhoria é normalmente avaliada de acordo com o desempenho da pessoa nas AVD (Teassel & Hussein 2016). Esta relaciona-se com a motivação e capacidade de aprendizagem da pessoa e com o suporte familiar, assim como com a qualidade e intensidade das terapias (Teassel &

Hussein 2016). Então, depreende-se que este tipo de recuperação seja influenciado e modificado pelas intervenções de reabilitação, não estando totalmente dependente da recuperação neurológica espontânea (Teassel & Hussein, 2016). O EEER, de acordo com o seu conhecimento específico, pode intervir com a pessoa portadora de incapacidade/ família com o objetivo de recuperar o seu potencial funcional e maximizar a sua autonomia e independência. De acordo com o enunciado descritivo, “O bem-estar e o autocuidado”, dos padrões de qualidade da OE, o EEER maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida nas quais o cliente é dependente (OE, 2010). A recuperação associada a reabilitação está relacionada com a aprendizagem de estratégias adaptativas ou de compensação, que contribuem para a reorganização neuronal (Teassel & Hussein, 2010). Apesar de maioritariamente se aceitar que um hemisfério cerebral tem controlo sobre o hemicorpo contralateral, o controlo ipsilateral também existe, o que permite às redes neuronais do hemisfério não afetado participar na reestruturação funcional dos mapas corticais afetados. Após o AVC, o remapeamento cortical sofre influência tanto da atividade desenvolvida como da competição estabelecida entre a área de penumbra (com circuitos afetados) e as áreas envolventes sem afetação evidente (Murphy & Cobert, 2009).

A intervenção do EEER na otimização das potencialidades da pessoa com AVC é importante para a sua reeducação funcional, contribuindo para a reinserção social e reintegração profissional. Assim, os cuidados de ER devem ser iniciados precocemente, logo que as lesões sejam identificadas e a pessoa esteja clinicamente estável. Deste modo, poder-se-á evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, como contraturas dos tecidos moles e ombro doloroso, ou mesmo neurológicas, como a espasticidade, que podem estar associadas ao atraso ou inexistência de cuidados de reabilitação após a lesão (Hesbeen, 2010). A recuperação da capacidade motora não é sinónimo de recuperação da função afetada, uma vez que esta pode ser influenciada pela capacidade para executar movimentos coordenados, apraxias, défices sensoriais, problemas de comunicação e/ou de cognição (Teassel & Hussein, 2016). A reabilitação funcional, entenda-se capacidade para executar atividades de autocuidado apesar das limitações, e a melhoria na comunicação, podem ocorrer meses após a recuperação neurológica estar completa ou mesmo na ausência desta (Teassel & Hussein 2016).

Relativamente ao decréscimo na funcionalidade que se verifica no regresso a casa, o principal motivo apontado é o aumento gradual de assistência prestada pelo cuidador (Teassel & Hussein, 2016). A promoção da autonomia e independência da pessoa é objetivo do EEER, porém é indispensável a articulação com as necessidades do cuidador, que assume duas características simultâneas: prestador e alvo de cuidados (Triantafillou et al., 2010). No sentido de promover a continuidade dos cuidados, cabe ao enfermeiro conseguir realizar o balanço entre as necessidades da pessoa enquanto agente de autocuidado, com as necessidades do cuidador enquanto agente terapêutico de autocuidado, como processo potenciador do regresso a casa e consequente reintegração familiar e social (Pereira, 2013). A adaptação ao papel de prestador de cuidados é um momento conturbado, que é composto por diversas fases e pressupõe diferentes necessidades de suporte (Petronilho, 2010). As características do cuidador como por exemplo a idade, as habilidades prévias para o autocuidado, as expectativas desenvolvidas face à evolução da condição de saúde do familiar ou a experiência prévia como o cuidador, assim como as funções comprometidas da pessoa dependente (nomeadamente as cognitivas) são fatores que influenciam a transição para o papel de prestador de cuidados (Andrade, 2009). Além disto, as intervenções implementadas sem o envolvimento ativo do cuidador no processo de planeamento e tomada de decisão influenciam negativamente o desempenho do seu papel de prestador de cuidados (Andrade, 2009; Duarte, 2007). Relativamente às dificuldades em manter um adequado nível de socialização, a evidência demonstra que os baixos índices não dependem exclusivamente das limitações provocadas pelo AVC, pelo que intervir com o cuidador neste sentido pode ser benéfico (Teassel & Hussein, 2016).

A organização da continuidade de cuidados é especialmente pertinente no que concerne a cuidar de pessoas com doenças crónicas e/ou complexas, que acarretam algum grau de dependência ou incapacidade, e pressupõe a definição de objetivos com a equipa multidisciplinar, cujos serviços são prestados de uma forma complementar e adequada no tempo (Duarte, 2007). No caso da transição do contexto de cuidados ser para o domicílio da pessoa dependente, a continuidade pressupõe a organização entre os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários, o cuidador informal e outras estruturas na comunidade, com a missão de promover a reintegração e segurança da pessoa (Pereira, 2013). Estes serviços, que em ECCI se prestam sob a forma de visitas domiciliárias, prolongadas no tempo com

finalidades e intervenções individualizadas, visam a satisfação da pessoa, bons resultados clínicos e economia de recursos do ponto de vista da prevenção de agudizações ou problemas decorrentes do diagnóstico principal e das readmissões (Pereira, 2013). As visitas ao domicílio de equipas especializadas, que incluem o EEER, visam melhorar a funcionalidade da pessoa com AVC e providenciar suporte para o cuidador, constituindo um mecanismo de intervenção direta e indireta sobre a prevenção de sobrecarga do cuidador (Gillespie & Campbell, 2011). O EEER, ao intervir com a pessoa e a família, tem a possibilidade de identificar as necessidades de ambos, em conhecimento, cuidados e produtos de apoio, contribuindo para a continuidade de cuidados no regresso a casa, assegurando conforto, bem-estar e qualidade de vida (Hoeman, 2011).

O potencial da visão holística do enfermeiro e a prestação de cuidados sob o paradigma integracionista sobe exponencialmente com a prestação de cuidados domiciliários, uma vez que o enfermeiro tem acesso *in loco* às experiências da pessoa e da família no seu ambiente e ao enquadramento das suas expectativas com a realidade do contexto domiciliar e social. Isto facilita o delineamento de intervenções individualizadas para responder aos objetivos definidos com a díade (Duarte, 2007), e as angústias e receios passíveis de serem sentidos em ambientes estranhos, como o hospitalar, são mais facilmente contornados no contexto domiciliar, o que se reflete na maior autonomia na definição de objetivos e tomada de decisões (Duarte, 2007).

1.2. Concetualização dos cuidados de Enfermagem: Teoria do Autocuidado

A Teoria do Autocuidado de Orem é a teoria que aparece mais associada em investigação ao fenómeno do autocuidado e uma das que mais se aproxima da reabilitação (Petronilho, 2012). Autocuidado é um conceito que faz parte do vocabulário de enfermagem e tem sofrido evolução ao longo do tempo, acompanhando as mudanças da sociedade, estando ligado à autonomia, à independência e à responsabilidade social (Petronilho, 2012).

Quando a pessoa não tem capacidade para o autocuidado, necessita de intervenção por parte de outrem, que aceita e cumpre a responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outros que se encontram dependentes, ou aceita controlar o exercício de ação do autocuidado dessas pessoas (Orem, 2001). Como tal, no modelo de Orem, a meta é ajudar a pessoa a satisfazer

as suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Petronilho, 2012). Para Orem (2001, pp. 223) a necessidade de autocuidado terapêutico é:

“...uma estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender, ou seja, cumprir, as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos”.

Assim, a Teoria do Autocuidado sustenta a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas, em seu próprio benefício, com o objetivo de preservar a vida e o funcionamento saudável, para dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. A atividade do autocuidado é uma capacidade complexa, que visa colmatar as necessidades contínuas de forma intencional e deliberada para o regulamento do seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano (Taylor, 2004).

Os requisitos de autocuidado universais, associados aos processos de vida e à manutenção da integridade e estrutura do funcionamento humano, em diversas fases do ciclo vital, são transversais a todas as pessoas. Exemplos destes são a manutenção de uma quantidade de ar suficiente, o consumo suficiente de água e comida, a manutenção de funções de eliminação satisfatórias e o equilíbrio entre a atividade e o descanso. As alterações que comprometem estes requisitos exigem a implementação de cuidados de enfermagem para o desenvolvimento do potencial para o autocuidado da pessoa.

A Teoria do déficit de autocuidado justifica a intervenção de Enfermagem, sendo que a identificação dos défices orienta a intervenção de acordo com o potencial da pessoa e é composta por cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar (Orem, 2001). De acordo com esta premissa, a autora identificou áreas de atividade de enfermagem: 1) iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com a pessoa/ família ou grupo até que não haja mais necessidade de cuidados de enfermagem; 2) determinar a utilidade dos cuidados para as pessoas dependentes no autocuidado; 3) dar resposta às necessidades da pessoa dependente pelo enfermeiro; 4) desenvolver a intervenção com a pessoa/ família e/ou cuidador; 5) manter a coordenação entre as intervenções de enfermagem e intervenções de outras áreas da saúde necessárias para a pessoa.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem” (Orem, 2001, p.147), através da implementação de ações concretas do enfermeiro com a pessoa com diminuição de capacidade para o autocuidado, tendo a autora definido três sistemas que orientam a intervenção de Enfermagem de acordo com as necessidades identificadas: o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente compensatório; e o sistema de apoio-educação. O sistema totalmente compensatório enquadra-se quando a pessoa não se consegue envolver na ação de autocuidado, tornando-se dependente de outros para garantir a sobrevivência e bem-estar (Orem, 2001). No sistema parcialmente compensatório, George e colaboradores (2000) referem que o enfermeiro e a pessoa desempenham medidas de autocuidado. O cuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa e o objetivo é a compensação das limitações da mesma. A distribuição das responsabilidades varia de acordo com as limitações resultantes da condição de saúde da pessoa ou das prescrições médicas, o conhecimento científico e técnico, as habilidades exigidas e a força de vontade da pessoa para desempenhar ou aprender atividades específicas (Orem, 2001). No sistema de apoio-educação, a pessoa tem capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução por parte do profissional. Cabe ao enfermeiro promover a pessoa como agente de autocuidado, recorrendo a estratégias como orientação, ambientes facilitadores de desenvolvimento e aprendizagem (Orem, 2001). O desenvolvimento das intervenções de enfermagem que visam promover o autocuidado podem ter um impacto financeiro positivo na sociedade, nomeadamente na redução de custos relacionados com reinternamentos causados por incapacidade para a gestão do autocuidado da pessoa/família no domicílio (Petronilho, 2012).

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo visa descrever, analisar e refletir sobre as competências específicas e comuns desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos e que se aperfeiçoaram nos contextos previamente enunciados na introdução.

2.1. Competências Específicas de EEER

Para o desenvolvimento das competências específicas traçamos objetivos que nortearam o nosso desempenho e que possibilitaram a tomada de decisão para os cuidados prestados, permitindo assim adquirir as competências preconizadas pela OE (2010):

J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

J2 “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”.

Para o desenvolvimento das competências específicas enunciadas, traçamos o seguinte objetivo:

-“Compreender a intervenção do EEER com a pessoa com déficit de autocuidado e diminuição da funcionalidade e sua família, nomeadamente com a pessoa com AVC”.

A reabilitação visa recuperar ou maximizar a funcionalidade da pessoa com deficiência e promover a sua reintegração familiar e social (Menoita, 2012). A funcionalidade refere-se a um termo genérico “para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação” (OMS, 2004, p. 186). Esta “indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais” (OMS, 2004, p. 186). Descreve a interação dinâmica entre três dimensões da pessoa: funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores ambientais. Todas estas dimensões se subdividem em domínios, que englobam sistemas fisiológicos e anatómicos (funções e estruturas do corpo), o desempenho da pessoa no meio natural de vida (atividades e participação) e o ambiente físico e social (fatores ambientais) (OMS, 2004). A funcionalidade deve ser avaliada essencialmente pela mobilidade e pelas atividades básicas e instrumentais e a interferência positiva ou negativa que os fatores contextuais exercem sobre estas dimensões (Fontes, 2014). Para implementar um plano de cuidados individualizado e direcionado para as necessidades da pessoa, é importante uma colheita de dados inicial (fatores de risco, focos de atenção e sua evolução, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida

anteriores e condições habitacionais), assim como a neuroavaliação da pessoa para identificar problemas, reais e potenciais, suscetíveis de afetar a funcionalidade da pessoa (Menoita, 2012). O ensino clínico na UCV possibilitou a sistematização da neuroavaliação, muito direcionada para a pessoa com AVC, mas permitiu também o desenvolvimento da prática e do raciocínio clínico para a avaliação neurológica da pessoa com deficiência e/ou incapacidade. O jornal de aprendizagem em apêndice (apêndice II) aprofunda a importância da neuroavaliação para o contexto do AVC agudo e a certificação *on-line* na aplicação da escala *NIHSS* (anexo I) corrobora o desenvolvimento de competências neste âmbito.

O objetivo de uma UCV é o desenvolvimento de contextos de intervenção estritamente específicos para a pessoa com AVC em fase aguda, minimizando o seu tempo de internamento hospitalar, com ênfase no tratamento dos défices focais neurológicos, para reduzir a incapacidade funcional e as complicações do AVC, prevenir novo evento e identificar fatores de risco. Desta forma torna-se possível o início precoce do programa de reabilitação e a facilitação e adequação do processo de regresso a casa. Para tal, é constituída uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte o EEER, com a missão de avaliar a pessoa, iniciar o processo de reabilitação maximizando o seu potencial e permitindo a sua reintegração familiar, social e profissional (DGS, 2001). O EEER tem competências científicas e técnicas para implementar intervenções de reabilitação, em diferentes contextos, com o objetivo de promover a saúde e prevenir complicações e/ou incapacidades secundárias, maximizando a funcionalidade da pessoa (OE, 2010).

Neste contexto, um dos primeiros desafios para o EEER é desenvolver estratégias que permitam à pessoa com AVC prevenir complicações, mantendo ou aumentando o seu potencial de reabilitação. A promoção de um correto alinhamento corporal e os posicionamentos em padrão anti-espástico na cama ou no cadeirão contribuem para a inibição do padrão espástico, para uma maior participação nas AVD, para um aumento da carga propriocetiva no hemicorpo mais lesado, bem como para a sua reintegração no esquema corporal (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010) e consequentemente para um melhor desempenho nas atividades de autocuidado universal. Para doentes hemiparéticos ou hemiplégicos, é importante organizar o ambiente da unidade, por exemplo o lado de colocação da mesa-de-cabeceira, que estimula, consoante os défices e os objetivos que se pretendem atingir, a utilizar o membro mais afetado ou a integrar um hemicorpo alvo de inatenção

(Alvarezo, Brigante & Mcnish, 2007). A facilitação cruzada permite, então, o início das atividades de recuperação bilateral. Além desta, existem outras atividades terapêuticas que são desenvolvidas no âmbito da reabilitação, como a ponte, o rolar sobre o lado mais afetado e o rolar sobre o lado menos afetado, o rolar com carga no cotovelo, a ponte com rotação controlada e as automobilizações que objetivam a recuperação da força, sensibilidade e coordenação (Menoita, 2012). As mobilizações músculo-articulares que podem ser passivas, ativas-assistidas ou ativas promovem a adequação do tônus muscular e a recuperação da força muscular, auxiliam a reeducação dos movimentos coordenados, promovem o exercício físico e previnem o aparecimento de complicações não neurológicas secundárias, como as úlceras por pressão (Stevenson, 2010). Estas são atividades relativamente simples, exequíveis na fase aguda e com elevados benefícios na obtenção de resultados, constituindo o ponto de partida para a reaquisição dos reflexos posturais voluntários, reintegração do esquema corporal e promoção do autocuidado. Para potenciar estas atividades e no caso de existirem défices de sensibilidade, recorreu-se a estimulação sensorial nos membros mais afetados com recurso a materiais de várias texturas. Para promover a recuperação da motricidade fina, nas mãos, recorreu-se a exercícios com materiais como, por exemplo, enroscar/ desenroscar parafusos e porcas, assim como manipulação de vários tipos de botões, cordões e velcros (tarefa que prepara para o autocuidado vestir/despir).

Estas atividades são o cerne da mobilidade precoce e, apesar da maior parte das pessoas com AVC relacionar a mobilidade com a capacidade para voltar a andar, esta é um fator condicionante no desempenho de muitas AVD. No entanto, verificou-se que, quando a condição clínica e funcional da pessoa com AVC permitia a realização de treino de marcha, de subir/descer escadas e o treino de AVD fora da cama, como os cuidados de higiene pessoal e o uso do sanitário, a satisfação e o envolvimento da pessoa e da sua família nas atividades de reabilitação era maior. Sempre que possível, os exercícios de coordenação motora e equilíbrio eram realizados em frente a um espelho quadriculado, no sentido não só de ajudar a pessoa a perceber a qualidade do movimento e alterações do posicionamento, mas também de promover a imagem motora do movimento/ posição facilitando a criação neuronal do engrama motor de coordenação. No que concerne à satisfação e envolvimento da pessoa com AVC no treino das atividades de autocuidado, as transferências (cama-cadeirão e vice-versa) e a alimentação, foram as atividades mais

implementadas, de acordo com as necessidades de autocuidado demonstradas pela pessoa.

Relativamente à alteração no autocuidado universal de manutenção da ingestão suficiente de água e comida, as intervenções implementadas tiveram em conta alterações advindas quer da diminuição de força do membro superior e preensão comprometida, quer de alterações no processo de deglutição, salientando-se, novamente aqui, a importância da avaliação neurológica que permite identificar os pares cranianos envolvidos neste processo. Providenciar um rebordo de prato e cortar os alimentos possibilitou, à pessoa com plégia/parésia braquial, a ingestão da refeição de forma independente (ainda que com supervisão). Se a parésia fosse distal, ou seja, existissem graus de força suficientes que possibilitassem a extensão/flexão da articulação escapulo-umeral e do cotovelo, permitindo o movimento do talher do prato à boca, e a maior dificuldade fosse a preensão do talher, recorria-se à colocação de um engrossador de talher, para promover a independência da pessoa na atividade.

Neste tipo de internamentos, em que se reconhece que a incidência de défices de força muscular é alto e condiciona a independência em várias atividades como a alimentação, deveria haver facilidade no acesso a produtos de apoio (talheres adaptados como faca de *Rocker* ou Nelson, rebordos de prato, copos com pegas) que promovessem a independência neste tipo de atividades relativamente simples e cujo treino da performance não condiciona alterações no espaço físico. A adoção destas medidas possibilita a readaptação da função de acordo com a incapacidade verificada, permitindo a passagem de um sistema totalmente ou parcialmente compensatório para um sistema de apoio-educação.

A avaliação da deglutição para determinar o grau de disfagia também foi um foco de intervenção de início precoce, no sentido de prevenir as consequências das alterações na deglutição como a pneumonia de aspiração, a desidratação e a subnutrição (Theofanidis & Gibbons, 2016). Mais uma vez, salienta-se a importância da avaliação neurológica onde está incluída a avaliação dos pares cranianos que enervam as estruturas envolvidas no processo de deglutição (trigémeo, facial, glossofaríngeo, vago e grande hipoglosso). Assim, a avaliação da estrutura e conservação da mucosa oral e peças dentárias, do controlo postural e cefálico, do tempo de início da deglutição de saliva quando é solicitada, se há movimento da faringe e a eficácia da tosse são aspetos que constituem a avaliação do processo de deglutição (Braga, 2017). A presença de pneumonia por aspiração em pessoas

admitidas em unidades para o tratamento do AVC na fase aguda, está correlacionada com valores mais altos na escala NIHSS, idade avançada e presença de sonda nasogástrica, sendo que quanto maior for a severidade do AVC, maior é a incidência de disfagia (Yeh, Huang, Wang, Chen, Chen, Tang,..., Jeng, 2011).

Habitualmente, este procedimento era efetuado com a pessoa sentada ou em *Fowler*, correndo as cortinas da unidade para maximizar a atenção na atividade e minimizar distrações ou interrupções. Após a avaliação, e na ausência de défices ou na presença de défices ligeiros, procedia-se à avaliação da deglutição de acordo com uma norma interna do serviço, que é uma vertente simplificada da escala de GUSS internacionalmente utilizada na avaliação clínica da disfagia. Durante este processo, é necessário estar atento aos sinais de disfagia (aspiração) como por exemplo: tosse, pigarreio, lacrimejar, gorgolejar ao falar, voz húmida, escape anterior de saliva ou alimentos e monitorização contínua da saturação periférica de oxigénio, uma vez que a diminuição da saturação em 3 ou 4 pontos percentuais, mesmo que não associada a outros sinais e sintomas, pode significar aspiração silenciosa. De um modo sucinto, o procedimento de avaliação consistia, numa fase inicial, na oferta de uma colher de sobremesa de água, três vezes, monitorizando cada um dos sinais de aspiração, procedendo-se, desta forma, à avaliação da deglutição da dieta de consistência líquida. Seguidamente, oferecia-se uma colher de sobremesa de água com espessante para se avaliar a deglutição de consistência pastosa. Não havendo nenhuma intercorrência, avançava-se para a avaliação da dieta ligeira, tendo particular atenção a alimentos como o kiwi ou o tomate, que têm duas consistências (sólida e líquida). Após a avaliação, pode ser necessária a adequação da consistência dos alimentos e/ou líquidos mediante as dificuldades apresentadas na mastigação e/ou na deglutição (Theofanidis & Gibbons, 2016).

O modo descrito de avaliação da deglutição é um processo sistemático e rigoroso, realizado em todas as admissões, e repetido todos os turnos no caso de se verificarem alterações na avaliação inicial. Isto uma vez que há possibilidade de melhoria espontânea dos sinais e sintomas nas primeiras 48 horas após o evento (Itaqui, Favero, Ribeiro, Barea, Almeida, Mancopes, 2011), e também ser um possível indicador de retrocessos no caminho da reabilitação. Na impossibilidade de se garantirem as condições de segurança necessárias para dar início à alimentação e hidratação via oral, a pessoa era submetida a entubação nasogástrica e iniciado o protocolo de alimentação entérica e hidratação vigente no serviço. Durante o período

de internamento, não se deu ênfase à utilização de manobras acessórias da deglutição e proteção da via aérea, uma vez que estas podiam mascarar eventuais progressos como a possibilidade de melhoria espontânea. Numa perspetiva global, penso que esta intervenção sobre o autocuidado alimentação, é muito valorizada pelas pessoas lesadas, tanto devido ao peso social que esta atividade tem na realidade portuguesa, como pelo facto de ser um défice que frequentemente reverte ao fim de um curto período, motivando a pessoa a aderir ao treino de outros défices no autocuidado.

As alterações dos pares cranianos que sustentam a deglutição também condicionam a pessoa noutros aspetos como a comunicação não-verbal e a auto-imagem, principalmente aqueles que também são responsáveis pela mímica facial e cujo compromisso origina parésia facial central, resultando em desvio da comissura labial (ou periférica). Neste sentido, realizavam-se sessões de ensino e treino sobre exercícios de reeducação do facial, como por exemplo “assobiar”, “encher a boca com ar”, “mostrar os dentes” e “mandar beijinhos” e instruía-se para a sua repetição ao longo do dia. Sempre que possível, o EEER auxiliava a pessoa com o toque, massagem ou estimulação com gelo, na realização destes exercícios. Estes têm como objetivo a melhoria da circulação local e a estimulação dos recetores sensitivos (Cardoso, et al. 2011). Este tipo de exercícios contribui não só para a facilitação do processo de deglutição, uma vez que aumenta o controlo sobre os alimentos na cavidade oral e sobre a mastigação, mas também para uma melhor interação social e melhoria da auto-imagem.

Houve a oportunidade de realizar uma sessão de ensino e treino sobre estes exercícios com a filha de uma senhora com parésia facial central esquerda e foi interessante ver o envolvimento das duas, nas visitas do final da tarde, a realizarem os exercícios e os benefícios que isso trouxe para a reeducação do facial. No sentido de evitar complicações decorrentes da disfagia, para além da utilização de espessante nos líquidos, a pessoa também era instruída a não realizar hiperextensão do pescoço, pois facilita a entrada de líquidos e alimentos na via aérea, sendo providenciado um copo recortado ou na sua indisponibilidade garantia-se que se enchia quase totalmente o copo convencional. Todas estas orientações eram realizadas tendo em vista o planeamento do regresso a casa, com indicações específicas quer para a filha, quer para a senhora.

A alteração do autocuidado universal de provisão de cuidados de eliminação e excreção satisfatórios, tem grande impacto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com AVC, potencia o desenvolvimento de lesões cutâneas, condiciona a interação social e aumenta a sobrecarga dos cuidadores (Winstein & Stein, 2016). No caso do controlo vesical, havia uma grande preocupação na vigilância de sinais e sintomas de retenção urinária, principalmente na presença de défices de cognição que influenciavam a comunicação. Procuravam-se sinais de desconforto, inspecionava-se a região suprapúbica para verificar a presença de globo vesical e monitorizava-se a entrada e saída de líquidos. Quando a pessoa era admitida no serviço com drenagem vesical procurava-se que fosse célere a sua retirada, excetuando nos casos em que era imperioso um rigoroso controlo da entrada e saída de líquidos, nomeadamente na pessoa com AVC hemorrágico mais extenso e com necessidade de avaliação da pressão intracraniana. Após retirar a drenagem vesical, em relação à retenção, procedia-se da forma já descrita. Uma ressalva neste ponto para a não existência de um *bladder scan*, um aparelho de ultra-sons com a capacidade de quantificar o volume de urina na bexiga, que permite uma avaliação simples, não evasiva e eficaz, contribuindo para uma melhoria da monitorização da retenção urinária e do volume residual após a micção, descartando micções por *overflow*. No caso de estarmos na presença de incontinência urinária na pessoa com AVC, muitas das vezes por urgência, relacionada com contrações não inibidas do detrusor na fase de enchimento da bexiga, procedia-se essencialmente ao controlo da ingestão hídrica, treino de hábitos e a técnicas comportamentais de distração com o intuito de manter a continência, aumentar o tempo entre as micções e promover o aumento da capacidade vesical e exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico. Por ser comum a nictúria na pessoa com AVC, aconselhava-se a restrição hídrica a partir do final do dia de forma a minimizar o enchimento vesical no período noturno.

Em relação ao controlo intestinal, no sentido de promover a continência e/ou prevenir a obstipação, em primeiro plano procurava-se saber, junto da pessoa ou dos familiares, quais eram os hábitos prévios ao evento. A intervenção passou pela promoção da mobilidade (mobilizações musculo-articulares, levante, treino de AVD), gestão da medicação e da alimentação, garantir um aporte hídrico e de fibras suficiente e promover o uso do sanitário, principalmente a seguir às principais refeições, para maximizar o efeito do reflexo gastrocólico.

As alterações da linguagem também são comuns na pessoa com AVC, nomeadamente nas lesões que afetam o hemisfério esquerdo e que acometem a ACM, que irriga os centros da linguagem. A sua avaliação está, mais uma vez, subjacente à escala de avaliação neurológica utilizada no serviço, a NIHSS, e compreende quatro aspetos: fluência, compreensão, nomeação e repetição. A conjugação de alterações destes determina um tipo de afasia cuja denominação corresponde a um diagnóstico médico. No sentido de não errar no diagnóstico, e para que as alterações fossem claras para toda a equipa multidisciplinar, fomos aconselhados por um EEER do serviço a verbalizar a existência de alterações em algum dos quatro pilares da linguagem, em vez de utilizar o diagnóstico, que acaba por ser redutor. Esta estratégia permitiu minimizar o erro de diagnóstico e evidenciar perante a equipa as alterações presentes, minimizando erros de comunicação e até mesmo diferenciar uma afasia de uma disartria. A fluência e a nomeação poderiam ser avaliadas recorrendo às imagens anexas à escala, contudo o défice cognitivo ou a idade da pessoa podem influenciar a interpretação de imagens, pelo que a fluência do discurso ia sendo testada ao longo de toda a avaliação neurológica, e os exercícios de nomeação faziam-se com recurso a objetos reais e do cotidiano, com o cuidado de não os repetir muitas vezes ao longo dos turnos/ dias para que o exercício não fosse realizado por memorização. Na avaliação da compreensão, testava-se o cumprimento de ordens simples e complexas, sempre com o cuidado de transmitir a informação verbalmente de forma clara e concisa e abolindo gestos simultâneos para que a pessoa não realizasse as ordens por imitação, mascarando défices de compreensão. A avaliação da repetição realizava-se contrapondo um estímulo visual com palavras e frases, pedindo para a pessoa as ler. No caso de não ser possível a leitura, era solicitada a repetição de frases simples que o EEER verbalizava. Nas afasias com défice de compreensão, para além de falar de forma pausada e clara, optava-se pelo recurso a sinais gestuais, exemplificação das tarefas a realizar e decomposição da atividade em pequenos passos, incentivando a pessoa a realiza-los um de cada vez e só avançar para o seguinte quando era realizado o pretendido no atual. Tivemos também oportunidade de utilizar materiais existentes no serviço para treino da escrita e da leitura, assim como tabelas de comunicação com palavras simples e do cotidiano que facilitavam a interação social da pessoa com afasia de expressão.

A disartria resulta de uma dificuldade na articulação das palavras por descoordenação dos músculos da fala ou pela fraqueza destes, o que a torna num

problema motor e a separa dos défices de linguagem. Na intervenção com pessoas com disartria recorreu-se aos exercícios da motricidade facial já exemplificados anteriormente nas alterações da deglutição bem como à leitura (quando esta capacidade se encontrava preservada) inicialmente de sílabas soltas, agrupando-as posteriormente até à leitura de palavras. Na ausência da capacidade de leitura, procedia-se à verbalização de frases simples pedindo-se a sua posterior repetição. Tanto estes exercícios como os de verbalização eram bastante frustrantes para a pessoa com afasia de expressão, por não conseguir encontrar a palavra certa para descrever algo, incorrendo em parafrasias, ou pela dificuldade manifesta em articular a palavra pretendida. Esta frustração era ainda mais notória no momento da visita de familiares e amigos, pelo que era pertinente a intervenção junto destes, de modo a clarificar os défices existentes e facilitar a comunicação.

Os défices de atenção são comuns em lesões do hemisfério direito e condicionam o desempenho da pessoa nas atividades propostas, mesmo que os défices motores sejam ligeiros (Sohlberg & Mateer, 2001). A intervenção neste campo passou por algumas das atividades terapêuticas já descritas anteriormente que facilitam a reintegração do hemicorpo, como a facilitação cruzada ou a abordagem pelo lado mais afetado. As visitas também eram instruídas a colaborar nesta intervenção mas, por vezes, quando neglect era acentuado, incorria o risco desta abordagem se tornar fonte de frustração e desmotivação, pelo que se optava por uma abordagem pelo lado menos afetado, numa fase inicial. Em pessoas com défices ligeiros de atenção e orientação, foi possível realizar exercícios como sopa de letras e a identificação de números errados numa sequência de números idênticos. A extinção visual, tátil e/ou auditiva, avaliada a partir da estimulação bilateral simultânea destes sentidos, é também uma repercussão dos défices de atenção, cuja intervenção de reabilitação passa pela estimulação do sentido afetado.

Ao longo do período de intervenção com cada pessoa com AVC e sua família, foi sendo explicado o propósito do internamento, tendo em vista a prevenção de complicações na fase aguda e dado aconselhamento para integrar um programa de reabilitação após a alta da UCV. No caso de não se perspetivar a necessidade de vigilância da pessoa em regime de internamento, a alta precoce para um ambiente de reabilitação na comunidade deve ser equacionada, pelos resultados semelhantes encontrados aos programas de reabilitação em regime de internamento (Winstein & Stein, 2016). Neste aspeto encontraram-se muitos constrangimentos visto que, pela

necessidade de ter sempre vagas disponíveis na UCV, a maior parte das altas, após a estabilização do quadro, era para serviços de internamento geral dos hospitais da área de residência, para aguardar a integração num programa de reabilitação. Alguns fatores como a elevada rotatividade de pessoas com AVC no serviço, os períodos restritos de visitas e a normal falta de preparação, numa fase tão precoce do evento, para receber em casa um familiar com algum grau de dependência, influenciaram a abrangência da implementação de intervenções, tendo em conta o planeamento do regresso a casa. Além disto, é esperado algum grau de recuperação espontânea que é potenciada pelas intervenções de reabilitação, nos primeiros 6 meses após o AVC. Deste modo, não se julgou pertinente transmitir informação sobre medidas hipotéticas a ter em consideração no regresso a casa, numa fase tão precoce e num contexto de cuidados onde a pessoa está monitorizada, a realizar terapia endovenosa e no início do processo de adaptação à sua nova condição.

As intervenções implementadas, no âmbito da prestação de cuidados a pessoas com diminuição da capacidade para o autocuidado integradas na ECCL, pelas patologias vigentes como fraturas proximais do fémur ou síndromes de imobilidade após longos períodos de internamento, incidiram essencialmente na reeducação funcional motora, na ótica da promoção do autocuidado e da funcionalidade. Entre estas destacam-se: o treino de AVD, de marcha, de transferências, de subir e descer escadas, de fortalecimento muscular e da motricidade fina. Concomitantemente às intervenções implementadas, introduziram-se técnicas de conservação de energia, tendo em conta a idade avançada da população-alvo e a sua tolerância ao esforço. A introdução destas técnicas no enquadramento da reeducação funcional respiratória (RFR) de natureza preventiva, como a consciencialização dos tempos respiratórios e o aumento da tolerância ao esforço, visam a prevenção de complicações e a promoção da saúde através da diminuição da dispneia, que contribui para o decréscimo da força muscular, e pode agravar quadros de ansiedade e depressão. Tudo isto concorre para a dificuldade em aderir à realização de exercício físico, o que implica alterações na preservação do equilíbrio do requisito de autocuidado universal entre atividade social e tempo de repouso. Exercícios como o treino com a pedaleira ou as mobilizações muscularto-articulares, com ou sem resistência, foram ensinados, treinados e incentivava-se a sua realização noutros momentos do dia ou em dias que não havia intervenção do EEER da ECCL. Para contribuir para o sucesso da realização dos exercícios, o ensino era realizado na presença do prestador de cuidados,

transmitindo-lhe a importância da manutenção da atividade física e capacitando-o para a supervisão correta da mesma. Em alguns casos, houve necessidade de elaborar um panfleto ilustrativo dos exercícios indicados para facilitar a continuidade do programa.

Os produtos de apoio podem maximizar a funcionalidade da pessoa com incapacidade no desempenho das suas AVD e na sua mobilidade (Menoita, 2012), pelo que o EEER deve ponderar a sua prescrição e dotar a pessoa com AVC e o seu cuidador dos conhecimentos e capacidades necessárias para a sua correta utilização. Ao longo do ensino clínico, foram vários os produtos de apoio aconselhados, tais como o alteador de sanita (principalmente após correção de fratura proximal do fémur), o andarilho fixo ou as canadianas (utilizados para maximizar o potencial para a marcha, tendo em conta a capacidade da pessoa para a atividade), as barras de apoio para a sanita/ duche, a tábua para banheira, o banco rebatível para o poliban, a tábua de transferências e a cadeira de rodas (CR). Quando a pessoa necessitava de utilizar canadianas ou andarilho, foi importante validar e supervisionar a sua utilização, na presença do cuidador, de modo a garantir a sua utilização com eficácia e segurança. Foi necessário, nomeadamente, regular a altura do apoio das mãos pelo nível dos trocânteres, promovendo uma flexão de 30º na articulação do cotovelo, a existência de superfícies antiderrapantes no local de apoio das mãos e ponteiros de borrachas (alertando para o seu desgaste) (OE, 2013). A necessidade de utilização de CR surgiu num caso de uma pessoa que foi submetida a amputação do membro inferior direito, com antecedentes de diabetes mellitus tipo II e doença renal crónica, sujeito a diálise e com uma fístula arteriovenosa no membro superior direito. O treino de deambulação em CR incidiu principalmente na passagem de uma pequena soleira de 2 cm da porta que dava acesso ao quintal onde a pessoa ia para estar ao ar livre e brincar com o cão. Por ser frequente estar grande parte do dia sozinha, em virtude dos compromissos laborais dos familiares que coabitavam com ela, o treino de transferências da CR para a cama e da CR para uma cadeira fixa com bacio foi realizado com recurso a uma tábua de transferências. A utilização da tábua facilitou a transferência para as diferentes superfícies (CR para a cama; CR para cadeira de rodas sanitária) com maior segurança e, a ponderação para a sua utilização, incluiu a diminuição de força muscular no membro superior direito pela existência da fístula e a diminuição da base de apoio pela amputação de um membro. O treino de transferências com tábua para diferentes superfícies iniciou-se num sistema

totalmente compensatório (Orem, 2001). Progressivamente passou para um sistema parcialmente compensatório (fase em que apenas necessitava de ajuda para colocação da tábua) e, por conseguinte, para um sistema de apoio-educação, quando necessitava apenas de supervisão.

A utilização do alteador de sanita foi benéfico para o autocuidado uso do sanitário de pessoas com limitação da flexão da articulação coxofemoral, após artroplastia total da anca, e em pessoas com diminuição da força muscular nos membros inferiores por longos períodos de imobilidade. Em ambos os casos e também na amputação de um membro inferior, o recurso a barras de apoio rebatíveis promoveu a segurança na utilização da sanita. A tábua para banheira foi utilizada na promoção do autocuidado higiene numa pessoa idosa com fratura proximal do fémur e diminuição de força nos membros inferiores, o que não lhe permitia estar na banheira com equilíbrio o tempo suficiente para tomar banho, sendo auxiliada anteriormente neste autocuidado pelo filho, na cama. A utilização deste produto de apoio permitiu a higiene corporal apenas com necessidade de supervisão do familiar ao entrar e sair da banheira (sistema de apoio-educação). A sugestão para utilização de um banco rebatível para poliban adequou-se a uma pessoa com diminuição de força dos membros superiores, após vertebroplastia percutânea de L4. Contudo, a sua utilização ficou em *stand by*, aguardando a realização de obras na casa de banho, pela entidade gestora do empreendimento onde se insere a habitação, para a retirada do rebordo de poliban com 10 cm que impossibilitava a sua utilização. A importância da celeridade na identificação destas barreiras promove a maximização do potencial para o autocuidado e influencia os requisitos de autocuidado universais, nomeadamente o equilíbrio entre a atividade social e o repouso e a promoção do desenvolvimento da pessoa dentro dos grupos sociais em que se insere. Ao longo do ensino clínico, houve mais casos como este e, para a pouca celeridade da sua gestão/remoção, contribuíram fatores como a baixa capacidade económica do agregado familiar, as habitações deterioradas e/ou de pequenas dimensões e a necessidade de intervenção das autoridades camarárias ou empresas proprietárias das habitações em questão. Situações como a existência de casas de banho com degrau de acesso e interior com declives (habitações muito antigas), portas estreitas (com largura inferior a 0,87m) que dificultavam/ impossibilitavam a circulação de uma CR em determinadas áreas da habitação, ou a inexistência de rampas com o declive recomendado (com uma inclinação não superior a 6%, um desnível não superior a 0,6m e uma projeção

horizontal não superior a 10m; ou ter uma inclinação não superior a 8%, vencer um desnível não superior a 0,4m e ter uma projeção não superior a 5m), construídas com uma largura não inferior a 1,2m (exceto se a sua projeção horizontal for inferior a 5m ou se existirem duas rampas para o mesmo percurso, podendo ter uma largura não inferior a 0,9m). Para além disso, devem ser acompanhadas de corrimão bilateral (cujo comprimento deve exceder não menos do que 0,3m quando se atinge a plataforma) no exterior/ interior de edifícios, de acordo com o Decreto-lei nº163/2006, de 8 de Agosto. Estes casos eram identificados pelo EEER, no âmbito das visitas domiciliares, discutidos em reuniões multidisciplinares e referenciados às autoridades competentes pelas assistentes sociais da equipa. Contudo, o único caso solucionado ao longo do ensino clínico neste âmbito, só foi possível pela colaboração de um amigo que trabalhava em serralharia e colaborou no corte da parte inferior das ombreiras das portas no interior da habitação permitindo a livre circulação da CR.

No sentido oposto, a necessidade de produtos de apoio identificada era suprida de forma relativamente rápida com recurso a instituições na comunidade ou doações/devoluções feitas à ECCI. As alterações no ambiente domiciliar, no sentido de alterar a organização do mobiliário de um espaço ou retirar tapetes, por exemplo, foram bem aceites. Isto após explicar a necessidade, quer por razões de segurança, quer por facilitar a mobilidade no interior da habitação. Para além da segurança da pessoa, estes fatores, que interferem na sua funcionalidade, podem potenciar a manifestação de fatores associados à imobilidade e que promovem o isolamento social, tais como: diminuição da memória, alterações da personalidade, diminuição do tempo de reação a estímulos externos e diminuição da atividade sociocultural e ocupacional (OE, 2013).

Durante o ensino clínico, e em ambos os contextos, as oportunidades de aprofundar e sedimentar técnicas de RFR foram no âmbito da prevenção. No entanto, a intervenção com a pessoa com alterações respiratórias associadas não foram suficientes, pelo que tivemos oportunidade de realizar um estágio de observação no departamento de RFR de um hospital central de Lisboa, para complementar esta competência. O estágio contribuiu para aumentar a diversidade de experiências vivenciadas ao longo do percurso de aquisição de competências enquanto EEER e permitiu uma melhor associação dos conhecimentos teóricos com a prática, através da observação e discussão dos casos com os EEER da unidade. A intervenção desta unidade compreende dois contextos: o de ambulatório, realizado nas instalações do departamento; e o de internamento, realizado nas diversas enfermarias do hospital,

após referenciação à equipa pelo médico assistente. Muitas das pessoas em ambulatório já tinham estado previamente internadas mas mantinham necessidade de manter o programa de RFR para otimizar a sua capacidade respiratória, ou então frequentavam o programa como preparação pré-cirúrgica. As patologias mais frequentemente observadas em ambulatório foram: derrame pleural, lobectomia e doenças pulmonares obstrutivas crónicas. Em internamento, as intervenções observadas incidiram sobre a promoção de uma correta ventilação e higiene brônquica. O benefício desta incursão pautou-se pela possibilidade de aprendizagem através de novas situações, a mobilização de conhecimentos teóricos para a intervenção com a pessoa com patologia respiratória e a dinâmica de promoção da continuidade dos cuidados após a intervenção do EEER do departamento de RFR.

A compreensão da intervenção do EEER com a pessoa com incapacidade e sua família, foi conseguido através do contacto direto com estas, da discussão com as EEER e Professora orientadora, da pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos e da reflexão sobre o percurso efetuado ao longo do ensino clínico, contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas de EEER, mencionadas no início do capítulo.

J3 “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Para o desenvolvimento da competência específica enunciada, traçámos o seguinte objetivo: “Monitorizar as intervenções implementadas, visando o aumento da participação e a reintegração familiar e social da pessoa com défice no autocuidado e diminuição da funcionalidade, nomeadamente na pessoa com AVC.”

O regulamento de competências específicas do EEER estabelece um conjunto de premissas que permite conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados individualizados, para pessoas com problemas potenciais ou reais. Assim, o EEER tem competência para formular diagnósticos de ER, implementar intervenções e avaliá-las no sentido de promover a funcionalidade da pessoa. Para tal, foca-se na maximização das capacidades remanescentes da pessoa e nos recursos disponíveis, tanto a nível familiar como comunitários.

O défice no autocuidado está diretamente relacionado com a necessidade de intervenção de enfermagem e o processo de enfermagem é um sistema que permite avaliar e desenvolver ações de acordo com as necessidades identificadas (Orem, 2001). As ações delineadas correspondem a intervenções que se enquadram na

estrutura de ação dos sistemas de enfermagem, cuja complexidade aumenta de acordo com as necessidades de cuidados para responder à exigência do desvio de autocuidado (Orem, 2001). Uma vez que os progressos no autocuidado podem ser avaliados através do grau de desempenho nas AVD, a escala aplicada ao longo dos ensinos clínicos foi a Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia a pessoa à luz do conceito de funcionalidade da OMS, já explicado anteriormente, e sendo o instrumento de avaliação mais utilizado em contexto de reabilitação (Hoeman, 2011). A MIF¹, criada em 1984 pela *National Institute on Disability and Rehabilitation Research*, tem como objetivo fornecer um instrumento universalmente aceite e de terminologia consistente no campo da reabilitação, permitindo documentar a capacidade funcional da pessoa com défices, por um profissional de saúde treinado, independentemente da categoria profissional. A documentação da participação deve ser feita consoante aquilo que a pessoa consegue realizar no momento em que está a ser avaliada e não aquilo que se pretende como objetivo ou que se pressupõe que a pessoa conseguirá fazer num ambiente diferente (realização em contexto de internamento / domiciliar).

Assim, pela natureza do serviço onde se realizou o primeiro ensino clínico, com a emergência de outras necessidades, como a realização de exames complementares de diagnóstico e pelos curtos períodos de internamento, a utilização desta escala não foi integral. Os cuidados de higiene e conforto realizados na cama, por motivos clínicos, limitam a participação da pessoa, não permitindo a atribuição de um valor superior a 3 na MIF (ajuda moderada). Mas, por outro lado, permite compreender o grau de colaboração, a força muscular, a sensibilidade e compreensão desta atividade, possibilitando planear estes cuidados quando o levantar é possível e/ou prescrito. A necessidade de utilização de roupa do serviço é fator de exclusão para a avaliação da atividade vestir/despir, de acordo com a MIF, embora este treino tenha sido, ainda assim, realizado utilizando os recursos disponíveis. No entanto, constatamos que o recurso a esta escala constituiu uma mais-valia na medida em que orienta a tomada de decisão para o processo de reabilitação pois, embora não

¹ Esta escala avalia 18 itens divididos por 6 categorias: autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização da sanita), controle de esfínteres (bexiga e intestino, nível de ajuda e frequência de perdas), mobilidade (transferências cama-cadeira de rodas, sanita e banheira/ duche), locomoção (marcha/ cadeira de rodas e escadas), comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória), atribuindo valores de 1 a 7 (de dependência total a independência), consoante a percentagem de participação da pessoa em cada tarefa ou necessidade de produtos de apoio, com um score total de 126 pontos.

contemple todas as ações de autocuidado, inclui o desempenho em atividades sensório-motoras e cognitivas, facilitando o processo de enfermagem no âmbito da promoção da funcionalidade. Apesar da natureza do contexto, houve algumas situações em que foi possível realizar um treino de AVD quase completo (excetuando o vestuário), com utilização da casa de banho, treinos de marcha com percursos superiores a 50 metros, subir e descer escadas, monitorização da interação social com a equipa, familiares e amigos, e resolução de problemas através de estabelecimento de desejos e metas futuras e formas de as atingir.

Consideramos a monitorização das intervenções de enfermagem, particularmente no contexto de reabilitação, um processo contínuo, sendo que esta filosofia ajudou ao desenvolvimento de competências enquanto EEER, no contexto particular de cuidados agudos, onde a intervenção com a pessoa com défices é dividida com e entre as necessidades de intervenção de outros profissionais, as necessidades de repouso e tolerância à atividade e momentos de visita de familiares e amigos. Neste sentido, o fator tempo ganha mais ênfase no início do processo de reabilitação onde, pelos motivos já expressos, nem sempre é possível obter resultados quantitativos mensuráveis da evolução funcional da pessoa. Ainda assim, é possível obter resultados qualitativos que estão em linha com as primeiras atividades a desenvolver após o evento para a promoção do autocuidado, a satisfação e participação da pessoa nas atividades. Esta ótica está de acordo com o enquadramento conceitual dos cuidados centrados na pessoa com AVC, desenvolvido por Lawrence & Kinn (2011), e assenta em três pilares: significado e relevância para as pessoas com AVC das atividades de reabilitação, a qualidade de participação percebida nas atividades e a identificação de dificuldades de comunicação que atuem como barreiras. Apesar de esta conceitualização ser direcionada à intervenção com a pessoa e família em contexto comunitário, a filosofia de base que defende a aproximação das atividades realizadas às preferências da pessoa para facilitar a adaptação às suas limitações, a implementação desta visão, logo após o evento, pode facilitar uma maior envolvimento da pessoa com AVC e família no processo de reabilitação. Um olhar atento sobre esta conceitualização permite perceber a sua consonância com os padrões de qualidade dos cuidados de ER, tais como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a promoção da inclusão social (OE, 2011).

O ensino clínico em contexto hospitalar permitiu a utilização de outros instrumentos de avaliação como a NIHSS, utilizada no AVC agudo para caracterização neurológica da pessoa, o *Mini Mental State* como complemento ao instrumento anterior para caracterização da atenção, memória, orientação e compreensão, a MRC que avalia a força muscular, a escala modificada de *Ashworth* que caracteriza o tônus muscular e a escala de *Berg* que caracteriza o equilíbrio. A utilização de instrumentos como método de avaliação permitiu uma abordagem precisa e sistemática à pessoa com AVC, mensurar os défices, indicar avanços e, por vezes, retrocessos na recuperação neurológica, e ainda auxiliar na tomada de decisão, complementando a interpretação dos resultados com os momentos de partilha com a EEER orientadora. No entanto, e de acordo com os constrangimentos vividos na monitorização das intervenções através dos resultados da MIF, acrescento a incidência de défices na atenção e orientação mais evidentes na fase aguda, como outro obstáculo à implementação dos instrumentos.

Na ECCI, o ponto de partida para conceber os diagnósticos de ER e implementar as intervenções mais adequadas foi, novamente, a avaliação neurológica da pessoa, a negociação para o estabelecimento de objetivos para o programa de reabilitação e a dinâmica familiar, com impacto no modelo de prestação de cuidados à pessoa com incapacidade. A monitorização das intervenções foi importante para perceber a eficácia destas face aos objetivos negociados, permitir a sua reformulação, determinar a necessidade de produtos de apoio e a necessidade de mudanças no contexto domiciliar para promover maior funcionalidade. A avaliação dos conhecimentos e capacidades do cuidador, muitas vezes um familiar que coabita, e o seu ensino e treino mediante as necessidades de autocuidado da pessoa, permitiram estabelecer um plano de intervenção promotor não só da participação da pessoa no processo de reabilitação, mas também da continuidade de cuidados, tendo por base os sistemas de enfermagem de Orem. Pela dificuldade económica da família ou pela acumulação de tarefas do cuidador, na prestação de cuidados e no desempenho de outros papéis em casa e na sociedade, foi muitas vezes identificada a necessidade de sinalizar serviços na comunidade que auxiliam em diversas tarefas, nomeadamente ao nível do fornecimento de refeições, da limpeza da casa e do transporte adaptado, permitindo ao cuidador estar mais disponível para auxiliar o seu familiar.

A monitorização das intervenções implementadas visou a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de ER, como oportunidade de aperfeiçoamento dos mesmos. Além disso, visa avaliar o impacto das intervenções implementadas e a necessidade de as reformular, de acordo com os objetivos definidos com a pessoa e a família.

2.2. Competências comuns de EE

Para o desenvolvimento das competências comuns traçamos objetivos que nortearam o nosso desempenho e que possibilitaram a tomada de decisão relativamente aos cuidados prestados, e que passamos a evidenciar:

A² “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”

B³ “Domínio da melhoria da qualidade”

D⁴ “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

Para o desenvolvimento das competências comuns enunciadas, traçámos o seguinte objetivo: “Integrar a equipa multidisciplinar dos locais de estágio, conhecendo os seus objetivos e as suas dinâmicas”.

A integração na equipa multidisciplinar, processo facilitado pelas enfermeiras orientadoras, permitiu compreender a intervenção de cada elemento e as diferentes dinâmicas e organização nos ensinos clínicos. A identificação da estrutura física, organizacional e dinâmica de funcionamento do contexto facilita a aprendizagem, partilha de conhecimentos e desenvolvimento de competências (Nascimento, 2009). Constatamos que este processo permite compreender e assegurar uma adequada continuidade de cuidados, particularmente os de Enfermagem de Reabilitação.

A compreensão do funcionamento de cada contexto foi um processo gradual ao longo das duas primeiras semanas de cada ensino clínico, conforme havia sido definido no cronograma de atividades incluído no trabalho de projeto, embora a fluidez de articulação com os demais profissionais tenha aumentando ao longo de todo o período de estágio, à medida que o conhecimento e o desenvolvimento de competências se consolidavam. Isto através da pesquisa bibliográfica, diversidade de

² Competências A1 “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” e A2 “Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais”.

³ Competências B1 “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, B2 “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” e B3 “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”.

⁴ Competência D1 “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”.

experiências vivenciadas e exposição de dúvidas/ debate de ideias com as enfermeiras orientadoras e/ou outros elementos da equipa multidisciplinar e com a professora orientadora.

Relativamente ao ensino clínico desenvolvido na UCV, foi importante para a integração na equipa e domínio das dinâmicas de serviço, acompanhado pela EEER orientadora, a possibilidade de observar diretamente a chegada ao serviço de urgência de uma pessoa com diagnóstico de AVC, através da via verde AVC, permitindo observar o trabalho realizado pela equipa multidisciplinar na avaliação dos défices iniciais, a tomada de decisão da melhor opção de tratamento e, em seguida, o encaminhamento para a UCV para acompanhar a evolução da pessoa e dar início ao programa de reabilitação. Devido à grande rotatividade das pessoas com AVC no serviço, à necessidade de utilização de vários meios complementares de diagnóstico e à elevada complexidade e/ou instabilidade da lesão neurológica, torna-se imprescindível desenvolver um amplo corpo de conhecimentos na área, que permitam uma intervenção segura e profícua para o desenvolvimento do plano de objetivos da pessoa e/ou família. Na UCV, tive a oportunidade de participar diariamente nas reuniões da equipa multidisciplinar onde se discutia a evolução/ estabilização da pessoa com lesão cerebral e os défices encontrados, tendo em vista a (re) formulação do programa de reabilitação, o planeamento da continuidade de cuidados e a alta. Esta, muitas das vezes através de uma transferência inter ou intra-hospitalar, pela já referida rotatividade do serviço e pela persistência de défices na pessoa que não contribuíam para o regresso a casa em segurança, limitaram uma aplicação mais ampla do projeto inicialmente desenvolvido. Isto uma vez que o planeamento da continuidade de cuidados passa, primeiramente, pela integração num hospital da área de residência, tendo em vista a integração num serviço de medicina física e de reabilitação ou numa unidade de média duração e de reabilitação.

No ensino clínico desenvolvido na ECCI, um dos aspetos mais importantes para integrar a equipa e compreender a sua dinâmica foi o estudo aprofundado sobre a criação da rede nacional de cuidados continuados integrados e a sua missão, do qual estava ligeiramente alienado. Realço o esforço político e social na criação desta valência e a positividade dos seus objetivos de intervenção. No entanto, verifiquei que o que se pretende na teoria está muito aquém na prática, com elevados tempos de espera, critérios de referência e intervenção pouco definidos, escassez de recursos humanos, que advém de uma política de contenção de custos e recessão

económica, e que pouco se coadunam com as necessidades de uma população cada vez mais idosa e com doenças crónicas. Verificou-se também que estas pessoas têm necessidade de cuidados de saúde diferenciados, particularmente de ER, em contextos domiciliários com poucas condições e recursos, muito dependentes de apoios financeiros e recursos de instituições sociais e comunitárias. Se no internamento o ambiente de intervenção é mais controlado, onde a pessoa com a qual intervimos se distancia de um papel ativo por, de forma equívoca, pensar que o poder não se encontra do seu lado, em contexto domiciliário o ambiente está potencialmente moldado à sua imagem e formam-se melhores condições para a sua participação. No entanto, isto não pressupõe que o EEER não tenha responsabilidades de intervenção no contexto quer a nível familiar, quer no próprio ambiente, promovendo um ambiente seguro imprescindível para a qualidade e segurança da participação da pessoa e da família no programa de reabilitação.

A pesquisa bibliográfica realizada sobre as patologias das pessoas internadas na ECCL, maioritariamente fraturas proximais de um membro inferior e imobilidade em pessoas idosas após longos períodos de internamento, permitiu aprofundar conhecimentos sobre as temáticas. Este desenvolvimento concomitante ao esclarecimento de dúvidas com a EEER e a professora orientadora facilitaram a interação com a equipa multidisciplinar na discussão semanal dos casos clínicos e contribuíram para a melhoria contínua e atualização dos conhecimentos.

Ainda para o desenvolvimento das competências comuns como:

B⁵ “Domínio da melhoria da qualidade”

C⁶ “Domínio da gestão de cuidados”

D⁷ “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, traçámos o seguinte objetivo: “Compreender a intervenção do EEER na articulação com a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, bem como a interação pessoa/ família e enfermeiro”.

A reabilitação é uma prática multidisciplinar, onde se inclui o EEER, que visa a recuperação funcional da pessoa com AVC (DGS, 2003), através da definição

⁵ Competências B1 “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, B2 “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade” e B3 “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”.

⁶ Competências C1 “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

⁷ Competências D1 “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” e D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

conjunta de objetivos, estratégias e intervenções que assentam na interdisciplinaridade e complementaridade dos elementos da equipa (Winstein & Stein, 2016). De acordo com Hesbeen (2003), a reabilitação é uma prática-fundamentada em conhecimento científico e que visa a adaptação da pessoa à sua nova condição, tendo como alicerce importante a família e/ou cuidador para promover a reintegração familiar, profissional e social. Aqui, o EEER auxilia na definição de objetivos de reabilitação, tendo em conta o projeto de vida da pessoa e família, e não impondo o que julga ser melhor (Menoita, 2012). As competências do EEER permitem a gestão de situações complexas de saúde, a intervenção ao longo do ciclo de vida, a procura contínua dos melhores resultados para a pessoa, o estabelecimento de parcerias com a díade e/ou a comunidade durante o processo de reabilitação e a coordenação de planos de cuidados multidisciplinares (Hoeman, 2011). O estudo de Long, Kneafsey, Ryan & Berry (2002) identifica seis principais domínios do enfermeiro de reabilitação no seio da equipa multidisciplinar: a avaliação da pessoa, a coordenação dos cuidados e rotinas, a comunicação interdisciplinar, os cuidados gerais, a promoção da autonomia e independência e o apoio emocional e envolvimento familiar.

Através da elaboração e implementação dos planos de enfermagem de reabilitação, tendo por base o processo de enfermagem, o EEER orienta as condições necessárias à implementação do programa de reabilitação e documenta a sua prática (Garcia & Nóbrega, 2009). A aplicação do processo de enfermagem permite uma avaliação concreta da prática de enfermagem, promovendo a qualidade do cuidado, a visibilidade e reconhecimento profissional (Garcia & Nóbrega, 2009). No âmbito do meu desenvolvimento profissional enquanto EEER, a aplicação do processo de enfermagem possibilitou a organização dos cuidados, fomentou a pesquisa bibliográfica, a deteção de oportunidades de melhoria dos cuidados, a sistematização do pensamento, a tomada de decisão e facilitou, ainda, a passagem de informação visando a continuidade dos cuidados.

A avaliação da pessoa permite a tomada de decisão para a elaboração dos diagnósticos de ER, que possibilitam delinear intervenções e estratégias de ação, com implicação nos resultados esperados (Hoeman, 2011). A avaliação neurológica da pessoa permite, além do que já foi referido, explicar à pessoa e à família o impacto do AVC, definir e explicar as intervenções escolhidas, de modo a facilitar a participação da pessoa no programa de reabilitação. Se a pessoa e a família tiverem conhecimento sobre os défices e o seu impacto, se forem estimulados a participar na definição e

implementação de objetivos, em articulação com a equipa multidisciplinar, facilita a adesão ao programa de reabilitação (Miller, et al., 2010).

A definição de objetivos em contextos de cuidados agudos, nomeadamente na UCV, torna-se mais complicado para a pessoa com AVC por uma variedade de circunstâncias, tais como: o estado de consciência, a perceção dos défices, a existência de problemas de linguagem e alterações emocionais que dificultam a transição desta nova condição de saúde/doença e a visualizar o futuro após a alta hospitalar. Constatou-se também que a principal preocupação da pessoa/ família é a sobrevivência da pessoa com AVC, pelo que aceitavam com elevado grau de passividade a intervenção que lhes fosse proposta, no sentido de melhorar a sua independência e autonomia. Para o familiar que visita a pessoa é, também, um momento complicado para a definição do futuro num curto espaço de tempo, quer pelo primeiro contacto com a pessoa com défices, quer pelo ambiente hospitalar de um internamento de cuidados agudos. Compreende-se a dificuldade dos intervenientes em definir objetivos e perspetivar o futuro durante o internamento, pelo que a interação do EEER com a pessoa/ família passa pelo esclarecimento de dúvidas quanto à evolução do estado clínico e dos défices identificados, e pela reflexão conjunta sobre opções futuras no que concerne, principalmente, à continuação do programa de reabilitação após a alta. Foram escassos os casos de intervenção em que não havia a prevalência de défices no momento da alta, com a exceção das pessoas previamente identificadas e seguidas em consulta externa, que eram admitidas para tratamento endovascular preventivo da instalação dos défices. As pessoas com AVC isquémico, a larga maioria da população internada na UCV após instalação do quadro clínico, eram portadoras, frequentemente, de défices que motivavam o seu encaminhamento para unidades de reabilitação. Como já foi referido anteriormente, o estudo de Rochette et al. (2007), evidencia a importância de um correto seguimento destas pessoas, mesmo em caso de AVC ligeiro, cujos défices parecem não ser muito importantes para a manutenção da funcionalidade, embora se constate o oposto. Neste sentido, o EEER, no contexto da UCV, dá seguimento à continuidade do plano de cuidados, não só através dos momentos que tem oportunidade de estabelecer contacto com a pessoa e a família em simultâneo, no curto período permitido às visitas, mas também através da elaboração de uma carta de alta que acompanha a pessoa na alta inter-hospitalar, onde constam os diagnósticos de enfermagem de

reabilitação e respetivas intervenções, ou através da passagem de informação verbal ao colega de reabilitação de outro serviço, caso a transferência seja intra-hospitalar.

Em contexto comunitário, não percecionei a articulação entre a equipa multidisciplinar tão fluída como em contexto hospitalar. A interação com as assistentes sociais era frequente, não só porque partilhavam o mesmo espaço de trabalho, mas também porque acompanhavam o EEER na primeira visita para realização do diagnóstico social. Com outras categorias profissionais, como o médico ou o psicólogo, a comunicação era mais limitada porque cada pessoa tem o seu médico de família e pertence a diferentes extensões de centros de saúde e o psicólogo acumula outras funções no agrupamento, não sendo exclusivo da ECCI. A eficácia do programa de reabilitação depende não só do conjunto de técnicas utilizadas, mas também da coordenação e colaboração entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar, em prol da continuidade dos cuidados e da maximização dos ganhos em saúde e bem-estar (Menoita, 2012). É de salientar a postura e pro atividade das EEER, dinamizando os restantes profissionais da equipa e instituições de apoio comunitário, para garantir a promoção do autocuidado, a dignidade, segurança e qualidade de vida das pessoas admitidas na ECCI. Neste contexto, o EEER intervém como consultor entre os elementos da equipa multidisciplinar e aconselha na tomada de decisão sobre os casos em discussão, como por exemplo o momento indicado para alta da ECCI da pessoa dependente, a necessidade de referenciação para unidades de cuidados continuados, no sentido de promover o descanso do cuidador, ou o delineamento de estratégias que promovam um maior envolvimento deste no programa de reabilitação.

De facto, a gestão do trabalho multidisciplinar e o envolvimento do cuidador são desafios bastante complexos para a intervenção do EEER e que têm influência na continuidade, qualidade e segurança dos cuidados. Reporto uma situação referente a uma pessoa com 82 anos, dependente no autocuidado após cirurgia por fratura proximal do fémur, que coabitava com o filho (únicos elementos do agregado), que tinha história de dependência de álcool. Segunda a própria, já era um problema com alguns anos mas exacerbou-se com o internamento após a fratura. Segundo a própria, os abusos não passavam da violência verbal, mas a exposição deste caso por parte da progenitora levaram, inicialmente, à intervenção do EEER com o filho no sentido de averiguar o problema e sensibilizá-lo para a sua importância no programa de reabilitação da sua mãe. Por não se verificarem alterações no comportamento

(embora fosse bastante correto e solícito na presença do EEER), em articulação com a equipa multidisciplinar, procedeu-se a uma abordagem mais profunda do caso, englobando-se a médica de família responsável pelo agregado. Neste âmbito, descobriu-se a existência de uma ordem do tribunal para internamento do filho numa unidade de desintoxicação, que se encontrava pendente em virtude das necessidades da progenitora no regresso a casa. Então, identificaram-se as necessidades da Sr^a passíveis de serem colmatadas por recursos na comunidade previamente não acionados, e solicitada a colaboração da assistente social para efetuar as diligências necessárias. Para manter a continuidade do programa de reabilitação na ausência do filho, o EEER promoveu visitas diárias durante a semana e uma visita durante o fim-de-semana.

A realidade encontrada na intervenção com a pessoa e a família em contexto comunitário, principalmente quando acabam de regressar a casa após o internamento hospitalar, revelou a existência de muitas dúvidas relativamente à condição de saúde da pessoa, à sua evolução e a continuidade do processo de reabilitação. Isto uma vez que se faziam acompanhar de cartas de alta com linguagem científica de difícil compreensão para a pessoa e a família e panfletos com informação pouco esclarecedora e supérflua. Como na maioria das vezes, a alta não é simultânea à integração na ECCI, o programa de reabilitação que deveria ter sido promovido pela informação transmitida à pessoa e à família na preparação da alta hospitalar, fica estagnado, quebrando a continuidade dos cuidados. As falhas identificadas coadunam-se com as encontradas na pesquisa bibliográfica realizada e derivam, essencialmente, de uma ineficaz preparação para o regresso a casa e da dificuldade em identificar recursos na comunidade para obtenção de suporte para a pessoa dependente e seu cuidador (Andrade, 2009; Petronilho, 2010). Isto, para além de interferir na funcionalidade da pessoa, condiciona a transição do familiar para prestador de cuidados, traduzindo-se no stress e sobrecarga do mesmo (Petronilho, 2010; Colombo et al., 2011). A intervenção do EEER neste momento é particularmente importante, na medida em que auxilia na definição de novos objetivos, consoante os recursos disponíveis, e intervém no sentido de maximizar o potencial e capacitar a pessoa/ família para lidar com problemas reais ou potenciais. Esta fomenta a continuidade dos cuidados à pessoa com incapacidade para além da alta do internamento em ECCI, uma vez que o EEER "...intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na

reintegração das pessoas na família e na comunidade...” (OE, 2010a, pp.1). Porém, o *feedback* das EEER da equipa evidenciou quebras na continuidade, na promoção da saúde e na prevenção de complicações após a alta, sobressaindo a necessidade de um *follow-up* a longo prazo em contexto domiciliário. Este seguimento é reportado na bibliografia consultada, defendendo-se que a identificação das necessidades deve ser realizada num *continuum* durante a fase aguda e o processo de reabilitação, em ambiente hospitalar ou na comunidade, sendo que, após esta fase, dever-se-á privilegiar o contacto regular, mas não frequente (Gillespie & Campbell, 2011).

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

Ao longo deste percurso de formação académica e desenvolvimento de competências enquanto EE e EEER, para além do perfil de competências emanado pela OE, estiveram subjacentes os descritores de Dublin, desenvolvidos pela *Joint Quality Initiative* (2004), no decorrer do processo de Bolonha e uniformização do ensino universitário Europeu, que define um conjunto de conhecimentos, competências, atitudes e valores a atingir em cada ciclo de ensino. Estes dividem-se em cinco categorias: conhecimento e capacidade compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/ tomada de decisões, comunicação e competências de autoaprendizagem.

Com o decorrer deste processo de aprendizagem, quer teórico quer prático, a análise e reflexão do enunciado dos descritores de Dublin e o perfil a atingir enquanto estudante do 2º ciclo ajudaram a clarificar a intervenção enquanto EEER ao longo do ciclo de vida e nos diferentes contextos. Deste modo, foi possível a construção de uma identidade profissional mais sólida, com compreensão sobre o papel autónomo do EEER na equipa multidisciplinar. Por vezes, é difícil delimitar, à luz do julgamento dos pares, um corpo de conhecimentos próprio e um campo de intervenção centrado nas necessidades do público-alvo, pelo que se deve favorecer a complementaridade entre as disciplinas, em prol da melhoria dos resultados obtidos. Importa manter a intervenção, dando ênfase às teorias que suportam a profissão de Enfermagem, e que promovem a prática multidisciplinar, como a teoria de Orem, que orienta a intervenção explicitada no presente relatório, e valoriza a profissão enquanto disciplina e prática.

Além disso, a prática baseada na evidência, reconhecida no seio da Enfermagem e que pressupõe a mobilização de diferentes fontes de evidência provenientes da investigação, da experiência clínica do EEER, da pessoa com que intervém e do contexto, alude inteiramente aos descritores do 2º ciclo. Deste modo, o EEER, quando identifica um problema real ou potencial, avalia-o de acordo com o conhecimento que provém da investigação mais recente e aprimorada, conjugado com a sua experiência e os relatos da pessoa. A tomada de decisão, que leva à formulação de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções para responder ao problema, é aprimorada pelo desenvolvimento do juízo crítico, inerente ao processo de avaliação de resultados, formação e desenvolvimento da identidade profissional, que se pode refletir na representação social do enfermeiro. O caminho traçado pelo EEER deve dar preponderância à sua representação social enquanto

membro da sociedade e de uma equipa multidisciplinar, alicerçado num corpo de conhecimentos próprios, mas sem descurar aqueles que emergiram de outras áreas que lhe são próximas. Ao cultivar esses conhecimentos, o EEER é capaz de desenvolver competências de comunicação interpessoais mais sólidas, que possibilitam uma melhor harmonização dentro da equipa multidisciplinar, em prol da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Para além de permitir uma comunicação mais assertiva, quer com os pares quer com a população, a assimilação de conhecimentos subvencionados de outras áreas dá robustez ao *core* da disciplina de Enfermagem, permitindo uma melhor resposta aos desafios multifatoriais que, hoje em dia, se associam aos cuidados de saúde e influenciam a sua qualidade.

Durante este percurso, foi notória a importância do EEER quer na prestação direta de cuidados, quer através da articulação com a equipa multidisciplinar, na formação dos pares e/ou do(s) elemento(s) significativo(s) para a pessoa com limitações, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. No ensino clínico em contexto hospitalar, a valorização da intervenção enquanto EEER foi preponderante na avaliação das incapacidades após o AVC e na implementação de intervenções em fase aguda, com o objetivo de prevenir complicações secundárias e iniciar a maximização das funções remanescentes. Pela dinâmica e rotação do serviço, os diferentes elementos da equipa multidisciplinar estavam em constante interação entre si e com a pessoa com AVC. Na reunião multidisciplinar diária era promovida a participação de todos, tendo em vista a prevenção de complicações e promoção da saúde. No enquadramento da equipa de enfermagem, a intervenção do EEER passava por garantir a uniformização dos conhecimentos necessários para a avaliação neurológica e a implementação de intervenções com o objetivo de minimizar os défices.

Relativamente à implementação do projeto neste contexto, esta torna-se limitada pela curta duração dos internamentos e destino de alta para outros serviços de saúde, não sendo sempre exequível a promoção do autocuidado e a articulação com a família, no âmbito do regresso a casa, numa fase tão precoce da reabilitação.

No ensino clínico em contexto comunitário, a dinâmica do serviço permite uma intervenção abrangente do EEER, uma vez que as visitas são, maioritariamente, realizadas apenas por este profissional, e o âmbito da sua intervenção compreende diretamente a promoção do autocuidado, maximização da funcionalidade e adaptação às limitações em contexto domiciliário. Inclui-se, também, a formação do(s)

elemento(s) com responsabilidade partilhada na prestação de cuidados, tendo em vista a sua continuidade e a identificação da necessidade de intervenção de outros profissionais, tais como o médico, o psicólogo ou o assistente social. Nesta vertente, a necessidade de adequação da prescrição de analgesia, a intervenção mais complexa em síndromes emocionais ou a necessidade de apoios sociais é identificada pelo EEER e sinalizada junto dos restantes elementos da equipa.

No fundo, a diversidade de experiências vivenciadas ao longo do ensino clínico teve um carácter complementar à nossa experiência em enfermagem de reabilitação, considerando que trabalho com pessoas em fase de sequelas, num ambiente intermédio entre a fase aguda da lesão e o regresso ao domicílio. A dinâmica da UCV, pelos curtos períodos de internamento e pelo destino de alta raramente ser o domicílio, poderia ter constituído uma adversidade à implementação do projeto. Contudo, a riqueza das experiências vivenciadas contribuíram para a compreensão da importância do início precoce do processo de reabilitação, gerindo prioridades de intervenção e tornando a nossa intervenção enquanto futuro EEER mais eficiente. A vertente da promoção do autocuidado no regresso a casa foi amplamente desenvolvida no ensino clínico em contexto comunitário.

Ao longo do ensino clínico, o contacto com pessoas com alterações do foro respiratório não teve tanta expressão como a nossa expectativa, pelo que o desenvolvimento de competências nesta área ficou aquém da intenção inicial. Tal facto motivou a realização de um estágio de observação, numa unidade de RFR. Contudo, não considero esta experiência suficiente e por ser uma área de intervenção importante do EEER no meu local de trabalho tenciono, posteriormente, realizar um estágio profissional que me permita um desenvolvimento de competências profícuo nesta área.

Para sistematizar a avaliação do nosso percurso realizamos a análise SWOT que passaremos a apresentar:

- **S** (Forças): Integração dos conhecimentos teóricos na prática; Discussão e esclarecimento de dúvidas com as EEER e Professora orientadoras; Colaboração entre a equipa multidisciplinar no ensino clínico em contexto hospitalar; Dinamismo das EEER orientadora, promovendo a colaboração entre a equipa multidisciplinar; Complementaridade dos dois contextos de ensino clínico entre si, e com o meu local de trabalho; Sistematização da avaliação neurológica na pessoa com AVC; Implementação de intervenções de ER à pessoa com AVC, em cuidados agudos;

Promoção da continuidade de cuidados, no regresso a casa, da pessoa com limitações no autocuidado, no ensino clínico na comunidade.

- **W** (Fraquezas): Dificuldade na promoção do autocuidado, no âmbito do regresso a casa, no ensino clínico em contexto hospitalar; Pouco contacto com pessoas com patologia respiratória.

- **O** (Oportunidades): Desenvolvimento da identidade profissional, enquanto EEER; Compreensão da responsabilidade social do EEER; Realização de um estágio de observação numa unidade de RFR.

- **T** (Ameaças): Desenvolvimento de competências de EEER para a intervenção com pessoas com patologia respiratória.

CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório marca o término de um período de intensa aprendizagem, novas experiências e reflexão sobre as mesmas, que culminam no alcance do objetivo primordial deste percurso, o desenvolvimento de competências de EEER.

A pesquisa e seleção bibliográfica que contribuíram para o delineamento do projeto inicial, auxiliaram na definição de objetivos e permitiram alcançar o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício profissional de EEER. Neste sentido, também a revisão *Scoping* efetuada já demonstrava a necessidade de elementos com as competências de um EEER na promoção do autocuidado no regresso a casa da pessoa com AVC e as experiências nos ensinamentos clínicos corroboraram essa premissa. A mobilização de outros conteúdos teóricos, para além dos resultados da revisão *Scoping*, na ótica da prática baseada na evidência e da incorporação na prática dos melhores resultados em investigação, promoveram uma aprendizagem mais sólida e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No contexto hospitalar, na fase aguda do AVC, os cuidados prestados centraram-se na prevenção de complicações e na maximização do potencial inicial, tendo em conta a estabilidade clínica da pessoa com AVC e com menor possibilidade de incluir a família. Neste contexto, o EEER toma a iniciativa e a pessoa tem dificuldade em definir objetivos claros para o início do programa de reabilitação, contribuindo para isso o início do processo de transição saúde/ doença e a indefinição quanto ao futuro. Além disso, sentimentos de revolta, angústia e ansiedade são frequentes no seu despoletar e, numa fase inicial de intervenção, são mais difíceis de identificar e trabalhar, tal como interferem na adesão da pessoa ao programa de reabilitação.

Em contexto comunitário, a pessoa com diminuição da capacidade funcional e para o autocuidado, adquire outras perspetivas quanto ao futuro e é capaz de, em conjunto com a família e o EEER, definir objetivos mais claros e tangíveis. Neste aspeto, salienta-se a importância da inclusão dos elementos do agregado ou da pessoa identificada como cuidador principal na definição de objetivos, quer para a garantia da continuidade dos cuidados, quer para evitar a sobrecarga destes elementos.

A motivação e incidência de fatores emocionais negativos compromete a participação da pessoa ao longo do programa de reabilitação e a sua regulação deve ser alvo de intervenção do EEER num *continuum*, ao longo de todo o processo. Estes fatores devem implicar a monitorização da efetividade das estratégias fornecidas, para além do término do programa. A adaptação às limitações é um processo que acompanha a pessoa ao longo da vida e o seu abandono ou descuramento pode interferir na sua funcionalidade e participação social, mesmo a longo prazo. No início, quando há consciência dos défices e das limitações que daí incorrem, será um dos períodos mais negativos no processo de reabilitação. Porém, considero que quase simultaneamente a este período há uma evolução decorrente da reabilitação espontânea potenciada pelas intervenções de ER que podem contrapor a negatividade do evento. Contudo, neste momento, é crucial uma boa gestão das expectativas que mantêm a pessoa motivada para a reabilitação mas que, ao mesmo tempo, se consciencialize para a necessidade de manter a sua vida com algumas funções adaptadas.

A diversidade de experiências vivenciadas nos ensinamentos clínicos, com o complemento do estágio de observação realizado numa unidade de RFR, permitiu dar resposta aos objetivos traçados inicialmente aquando da conceção do projeto. Neste sentido, considera-se a aquisição na sua plenitude das competências comuns e específicas enquanto EEER bem-sucedida. O desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico articulou-se com a melhoria do desempenho da nossa prática profissional, permitindo-nos uma avaliação e intervenção mais eficiente, consubstanciada pelos novos conhecimentos adquiridos. Adicionalmente, aponta-se alguma responsabilidade acrescida à nossa prática, num centro de reabilitação, com uma equipa de enfermagem muito jovem e em mudança, pela necessidade de partilha de conhecimentos, experiências e monitorização da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo deste percurso, foi notória a escassez de investigação realizada, nesta área, por EEER em Portugal, o que lança algumas perspetivas futuras sobre a necessidade de desenvolver trabalho nesta área. No entanto, mais concretamente, como projetos para um futuro, a curto prazo, almejamos reunir condições para implementar um projeto de acompanhamento à pessoa com AVC com alta para o domicílio, após o programa de reabilitação. A ideia, ainda pouco definida, consistiria num *follow up* telefónico e presencial, ao longo dos seis meses que antecedem a

primeira consulta de seguimento, e constituem a primeira experiência da pessoa lesada e família no domicílio, em adaptação à nova condição de saúde.

Por tudo isto, considerámos que as oportunidades de aprendizagem vivenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos contribuíram para o desenvolvimento das competências inicialmente propostas e que são preconizadas pela OE para atingir o grau de EEER e também de mestre. Ainda, as atividades desenvolvidas estiveram em consonância com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER (OE, 2011), nomeadamente as intervenções implementadas no âmbito da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, da promoção do autocuidado e bem-estar, da readaptação funcional, da reeducação funcional e da promoção da inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, Z. (2013). Effects of nursing care strategy on the functional and physical abilities of patients following stroke. *Journal of Neurology and Neurophysiology*, S8.
- Alverzo, J., Brigante, M., McNish, M. (2007). Improving stroke outcomes: rehabilitation strategies that work. *The American Journal of Nursing*, 107(11), pp. 72B-72F
- American Psychological Association (2010). Publication manual of the American Psychological Association. Washington (DC): APA.
- Anderson, C., Taylor, B., Hankey, G., Stewart-Wynne, E. & Jamrozik, K. (1994). Validation of a clinical classification for subtypes of acute cerebral infarction. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 57, p.1173-79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC485481/>
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 61-71.
- Bonan, I., Gaillard, F., Ponche, S., Marquer, A., Vidal, P. & Yelnik, A. (2015). Early post-stroke period: a privileged time for sensory re-weighting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47, pp. 516-522.
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In Vieira, C.M. & Sousa, L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp.181 - 188). Loures: Lusodidacta.
- Caldas, A. (2000). A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano. Amadora: McGraw Hill.
- Cardoso, A., Raíno, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano, A. & Castro, M. (2011). Avaliação clínica de disfagia no AVC – Revisão Sistemática. *Revista De Enfermagem Referência*, IIIª série (5), pp. 135-143.
- Cawood, J., Visagie, S. & Mji, G. (2016). Impact of post-stroke impairments on activities and participation as experienced by stroke survivors in a Western Cape setting. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(2), pp. 10-15.
- Chaves, C. & Jones, H. (2006). Capítulo 20 - Acidente Vascular cerebral Isquêmico. In H. R. Jones, *NEUROLOGIA de Netter* (pp. 223-245). Porto Alegre: Artmed.
- Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted?: Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing: Paris.
- Dafer, R., Rao, M., Shareef, A. & Sharma, A. (2008). Post stroke Depression. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(1), pp. 13-21.

- Decreto-lei nº163/2006 de 8 de Agosto. *Diário da República nº 152 – I Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Direção de Serviço de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2003). *Rede de referência hospitalar de medicina física e reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Direção Geral da Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro Cardiovasculares em Números. Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Duarte, S. (2007). O papel do Enfermeiro em contextos dos cuidados domiciliários: revisão sistemática de literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 16, pp. 3-9.
- Ekman, L. (2004, 2ª Ed.). *NEUROCIÊNCIA: Fundamentos para a Reabilitação*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Engler, T., Dourado, C., Amâncio, T., Farage, L., Mello, P. & Padula, M. (2014). Stroke: Bowel disfunction in patients admitted for rehabilitation. *The opening Nursing Journal*, 8, pp. 43-47.
- Ferro, J. (2013). Acidentes Vasculares Cerebrais. In Ferro, J., Pimentel, J. (coords). *Neurologia Fundamental – Princípios, Diagnóstico e Tratamento (2ª Edição)*. Lisboa: Lidel.
- Fontes, A. (2014). Funcionalidade e Incapacidade: conceptualização, estrutura e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Loures: Lusodidacta.
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), pp. 188-193. Disponível em: http://www.eean.ufrrj.br/revista_enf/revistas.htm.
- Gender, A. (2011). Eliminação e Regulação Intestinal. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 387-410)(4ª Ed).Loures: Lusodidacta.
- George, J. e colaboradores (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed.

- Gillespie, D. & Campbell, F. (2011). Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nursing Standard*, 26(2), pp. 39-46.
- Gupta, A., Taly, A. Srivastava, A. & Thyloth, M. (2009). Urodynamics post Stroke in patients with urinary incontinence: is there correlation with bladder type and site of lesion? *Annals of Indian Academy of Neurology*, 12, pp. 104-7.
- Hackett, M. & Anderson, C. (2005). Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke (Journal of the American Heart Association)*, 36, pp. 2296-2301.
- Hackett, M., Yapa, C. & Parag, V. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36, pp. 1330-40
- Harari, D., Norton, C., Lockwood, L. & Swift, S. (2004). Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients. *Stroke*, 35, 2549-2555.
- Hatem, S., Saussez, G., Faille, M., Prist, V., Zhang, X., Dispa, D. & Bleyenheuft, Y. (2016). Rehabilitation of motor function after stroke: a multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity report. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10(442).
- Hesbeen, W. (2010). A Reabilitação - Criar Novos Caminhos. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. (4ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Ickenstein, G., Hohlig, C., Prosiegel, M., Koch, H., Dziewas, R., Bodechtel, U., Muller, R., Reichmann, H. & Riecker, A. (2012). Prediction of outcome in Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia within 72 Hours of acute stroke. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 21(7), pp. 569-576.
- Itaquy, R., Favero, S., Ribeiro, M., Barea, L., Almeida, S. & Mancopes, R. (2011). Disfagia e acidente vascular cerebral: o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J Soc Bras Fonoaudiol*, 23(4), pp. 385-9.
- Joint Quality Initiative (2004). Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, second and third cycle awards.
- Jordan, LA, Quain, D., Marsden, D., White, J., Bullen, K., Wright, S., Galvin, R., Dunne, J. & Baines, H. (2011). Managing urinary incontinence after stroke: can we do better? *HNE Handover: for Nurses and Midwives*, 4(1), pp. 4-8.
- Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., Rowat, A. & Russel, S. (2015). Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. *BMC Health Services Research*, 15:359.

- Kjellstrom, T., Norrving, B. & Shatchkute, A. (2006). Helsingborg Declaration on European Stroke Strategies. *World Health Organization*. Disponível em: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Helsingborg_Declaration_06.pdf
- Koizumi, M., & Diccini, S. (2006). *Enfermagem em Neurociências - Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Koyama, T, Sako, Y., Konta, M. & Domen, K. (2011). Poststroke discharge destination: Functional Independence and sociodemographic factors in urban Japan. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 20(3). 2027.
- Kuest, J. & Karbe, H. (2002). Cortical activation studies in aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2(6), 511-515.
- Lawrence, M. & Kinn, S. (2011). Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature. *Health Expectations*, 15, 295-326.
- Long, A., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multiprofessional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 70-78.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Mendes, R. M. (2014). *Avaliação e Reabilitação em Traumatizados Crânio Encefálicos - Estratégias de Intervenção*. Aveiro: Tipografia Minerva Central.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark P. & Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. *A Scientific Statement from the American Heart Association*.
- Mourão, A., Lemos, S., Almeida, E., Vicente, L. & Teixeira, A. (2016). Frequência e fatores associados à disfagia após acidente vascular cerebral. *Sociedade Brasileira de Fonaudiologia*, 28(1), pp. 66-70.
- Mukherjee, D., Levin, R. & Heller, W. (2006). The cognitive, emotional e social sequelae of stroke: Psychological and Ethical concerns in Post-Stroke adaptation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(4), pp. 26-35.
- Murphy, T. & Corbet, D. (2009). Plasticity during stroke recovery: from synapse to behaviour. *Nature Reviews – Neuroscience*, 10, 861-72.
- Nunes, B. (2012). *MEMÓRIA - Funcionamento, Perturbações e Treino*. Lisboa: LIDEL.

- Nye, B., Hyde, C., Tsivgoulis, G., Albright, K., Alexandrov, A. & Alexandrov, A. (2012). Slim stroke scales for assessing patients With acute stroke: ease of use or loss of valuable assessment data? *American Journal of Critical Care*, 21(6), 442-447.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice. (6ª ed). St. Louis: Mosby
- Organização Mundial da Saúde. (2004). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Pereira, I. (2013). *Regresso a casa: estrutura de ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Petronilho, F. (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau, Lda.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos elementos da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 43-58.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau.
- Rochette, A., Desrosiers, J., Bravo, G., Tribble, D. & Bourget, A. (2007). Changes in participation after a mild stroke: quantitative and qualitative perspectives. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 14(3), 59-68.
- SÁ, M. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 12-19.

- Sacco, R., Kasner, S. (Coord) (2013) An update definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals. *American Heart Association/ American Stroke Association*.
- Sayed, W., Adhyuaman, V. & Chattopadhyay, I. (2008). Urinary retention after stroke. *Geriatric Medicine*, 7, 377-380.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. SIGN: Edinburgh
- Son, S., Chung, S., Kang, S. & Yoon, J. (2017). Relation of urinary retention and functional recovery in stroke patients during rehabilitation program. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 204-210.
- Stevenson, V. (2010). Rehabilitation in practice: spasticity management. *Clinical Rehabilitation*, 24, 293-304.
- Sun, J., Tan, L. & YU, J. (2014). Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Annals of Translational Medicine*, 2(8), 1-16.
- Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem – Teoria do Déficit de Auto-cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Técnicas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp 211-235). Loures: Lusociência.
- Teasell, R. & Hussein, R. (2016). Background Concepts in Stroke Rehabilitation. *Canadian Heart & Stroke Foundation / Evidence-based review of Stroke Rehabilitation*. Ontário.
- Teles, M. & Gusmão, C. (2012). Avaliação funcional de pacientes com acidente vascular cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. *Revista Neurociências*, 20(1), 42-49.
- Theofanidis, D., Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidenced-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 144-151.
- Thibaut, A., Chatelle, C., Ziegler, E., Bruno, M., Laureys, S. & Gosseries, E. (2013). Spasticity After Stroke: Physiology, assessment and treatment. *Brain Injury Early Online*, 1-13.
- Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Di Santo, P., et al. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper. Interlinks*. Disponível on-line em: http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf

- Yeh, S., Huang, K., Wang, T., Chen, Y., Chen, C., Tang, S., Tsai, L., Yip, P. & Jeng, J. (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*, 306, 38-41.
- Yi, J., Chun, M., Kim, B., Han, E. & Park, J. (2011). Bowel function in acute stroke patients. *Ann Rehabil Med*, 35, 337-343.
- Yudofsky, S. & Hales, R. (2006, 4^a Ed.). Neuropsiquiatria e Neurociências na Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed.
- Wang, T., Tsai, A., Wang, J., Lin, Y., Lin, K., Chen, J., Lin, B., Lin, T. (2015). Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 3-12.
- Ward, N. (2005). Mechanisms underlying recovering of motor function after stroke. *Postgrad Med J*, 81, pp. 510-515.
- Welmer, A., von Arbin, M., Murray, V., Holmqvist, M. & Sommerfeld, D. (2007). Determinants of mobility and self-care in older people with stroke: importance of somatosensory and perceptual functions. *Physical Therapy*, 87(12), 1633-41..
- Winstein, C. J., Stein, J. (Coord) (2016) Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals. *American Heart Association/ American Stroke Association*.
- White, C., Brady, T., Saucedo, L., Motz, D., Sharp, J., Birnbaum, L. (2014). Towards a better understanding of readmission after stroke: partnering with stroke survivors and caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1091-1100.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Trabalho de Projeto



MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II – Projeto de Estágio

A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tiago José Costa Lopes

Lisboa

Junho, 2017





MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II – Projeto de Estágio

A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tiago José Costa Lopes (nº 7749)

Professora Orientadora: Sr.^a Prof.^a M^a do Céu Sá

**Lisboa
Junho, 2017**



LISTA DE SIGLAS/ ABREVIATURAS

AHA - American Heart

Association AVC -

Acidente Vascular

Cerebral

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde DCV - Doenças Cerebro-Vasculares

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados

Continuados Integrados ECDS –

European Cardiovascular Disease

Statistics

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Reabilitação ER – Enfermagem de Reabilitação

HIC – Hemorragia

intracerebral HSA –

Hemorragia

Subaracnoideia HSJ –

Hospital de São José

UE – União Europeia

OMS – Organização

Mundial da Saúde UCV –

Unidade de

Cerebrovascular

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
2. IDENTIFICAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	6
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	7
3.1. Sumário	7
3.2. Enquadramento Concetual	10
3.2.1. A pessoa com AVC: fisiopatologia e impacto global	11
3.2.2. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	14
3.2.3. Referencial Teórico de Enfermagem.....	17
3.3. Plano de trabalho e métodos	20
3.3.1. Problema Geral	20
3.3.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos	20
3.3.3. Fundamentação dos locais de estágio	21
3.3.4. Descrição das tarefas e resultados esperados.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
APÊNDICES	
Apêndice I – Diagrama <i>Prisma Flow</i> da seleção dos artigos da <i>Scoping Review</i>	
Apêndice II – Tabelas de extração de dados dos artigos da <i>Scoping Review</i>	
Apêndice III - Manifestações clínicas características de acordo com o território vascular afetado	
Apêndice IV – Principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico	
Apêndice V – Teoria do Autocuidado de Orem	
Apêndice VI – Guião de Entrevista para os locais de estágio	
Apêndice VII – Planeamento de Atividades	
Apêndice VIII – Cronograma	

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: A promoção do autocuidado na pessoa com AVC no regresso a casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Funcionalidade; Regresso a Casa.

Data de início: 25 de Setembro de 2017.

Data de término: 9 de Fevereiro de 2018.

Duração: 500 horas de estágio e 25 horas de orientação tutorial, durante 18 semanas, divididas equitativamente por dois locais de estágio.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

Este projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II do 8º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e visa a contextualização de um problema para a Enfermagem de Reabilitação (ER) e consequente planificação de atividades como resposta a esse problema, tendo em vista o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O trabalho de projeto para Castro & Ricardo (2002) visa a resolução de um problema e deve obedecer a certas características: ser considerado importante e real para os participantes, ser profissionalmente relevante promovendo novas aprendizagens, cuja resolução seja pertinente, também, para a sociedade.

As doenças do aparelho circulatório, com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constituem cerca de 10% dos óbitos a nível global, sendo em Portugal a principal causa de morte, de dependência e incapacidade, estando associado a sequelas físicas, mentais e sociais que limitam a capacidade funcional principalmente de adultos de meia-idade e idosos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006; Sá, 2009; Direção Geral de Saúde [DGS], 2016). Apesar do avanço tecnológico das últimas décadas ter vindo a possibilitar a diminuição do número de mortes, a sua prevalência tem vindo a aumentar e o desenvolvimento demográfico permite projetar o prolongar desta tendência (Miller et al, 2010).

A temática central deste projeto advém da necessidade detetada na minha prática profissional, num centro de reabilitação física, onde em 2015, das 155 pessoas admitidas em programa de reabilitação após AVC, 137 tiveram alta para o domicílio (88%) e em 2016, na mesma situação, 126 das 139 pessoas (90%) admitidas tiveram o mesmo destino de alta. Muita destas pessoas, em consulta de seguimento ou reinternamento para reavaliação da funcionalidade, refere problemas de adaptação domiciliar, social ou familiar e decréscimo da funcionalidade. As sequelas incapacitantes

e promotoras de isolamento social, baixa funcionalidade e má qualidade de vida, associadas a elevadas taxas de incidência e prevalência de pessoas com AVC, com as quais contato diariamente na instituição onde trabalho despertou em mim o desafio de compreender de que modo o EEER pode contribuir para a promoção do autocuidado e da funcionalidade da pessoa com AVC, no regresso a casa.

A intervenção do EEER visando maximizar a funcionalidade e o desenvolvimento das capacidades da pessoa, irá contribuir para a diminuição da sua dependência. As competências de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010), compreendem a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade.

Como futuro EEER pretendo compreender a importância da intervenção da ER direcionada para a promoção do autocuidado e da funcionalidade na pessoa com AVC no regresso a casa, com o objetivo de torná-la mais independente e ativa, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida. Para além das intervenções a desenvolver com a pessoa, a sua família também é um interveniente chave no processo de readaptação ao domicílio, nomeadamente pelas possíveis mudanças a realizar para remoção de barreiras arquitetónicas e o modo como podem contribuir para a maximização da funcionalidade da pessoa com AVC. No decorrer deste projeto, a desenvolver numa unidade de agudos e numa unidade de cuidados na comunidade almejo desenvolver uma visão mais abrangente da reabilitação da pessoa com AVC que, porventura, me permitirá justificar perante a minha entidade patronal uma estratégia de acompanhamento destas pessoas que não se restrinja à consulta de seguimento seis meses após a alta.

Segundo os padrões de qualidade da OE (2011) dos cuidados de ER, a intervenção engloba os resultados de investigação e as orientações de boas práticas baseadas na evidência. Deste modo, como metodologia de investigação foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com o *The Joanna Briggs Institute* (2015), recorrendo à

mnemónica P (População), C (Contexto) e C (Conceito), tendo como questão de partida: **quais as intervenções do EEER para a promoção do autocuidado e da funcionalidade da pessoa com AVC e sua família, no regresso a casa?**

Utilizou-se a plataforma *EBSCOhost Integrated Search* (via Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) como motor de busca para a pesquisa, tendo sido selecionadas as bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*.

Na primeira base de dados os termos incluídos para identificar a População foram: “MH Stroke AND (MH Aged+ OR MH Middle Aged)”; Para identificar o Conceito: “(MH Selfcare OR MH Activities of daily living+ OR functionality) AND (MH Home Health Nursing OR MH Home care services OR MH House Calls OR Home)”; Para identificar o Contexto: “MH Rehabilitation+ AND Nurs*”. O resultado desta pesquisa foram 65 artigos após os limites: data (excluídos os anteriores a 2006), língua (excluídos os não disponíveis em língua inglesa) e resumo (excluídos os que não tinham resumo disponível). Destes, após leitura do título e resumo e tendo em conta a sua disponibilidade em full text na referida base ou noutras como a bON, de acesso grátis, foram selecionados 5 artigos. Após a leitura destes e revistas as referências bibliográficas, tendo em conta a sua pertinência e atualidade, foi selecionado mais um artigo.

Na segunda base de dados os termos incluídos para identificar a População foram exatamente os mesmos, por serem compreendidos também como *major heading* nesta base; Para identificar o Conceito: “(MH Selfcare OR MH activities of daily living OR MH Functional status) AND (MH Home Nursing, Professional AND MH Home Visits AND Home)”; Para a identificação do contexto foram utilizados os mesmos termos da base anterior (Apêndice IV). O resultado desta pesquisa foi 1 artigo, publicado em 2001 e inacessível gratuitamente (Apêndice I). No seguimento da pesquisa efetuada surge o Apêndice II que contempla a extração dos dados de cada um dos artigos selecionados.

De modo a sustentar este trabalho de acordo com as teorias

de enfermagem, optei pela Teoria do Autocuidado de Orem que é a que aparece mais associada em investigação ao fenómeno do autocuidado e uma das que mais se aproxima da reabilitação (Petronilho, 2012).

O corpo deste trabalho, definido como “Enquadramento Concetual”, engloba vários subcapítulos onde se aborda: a problemática do AVC e o seu impacto na pessoa família e sociedade, a intervenção do EEER com base na revisão crítica do estado da arte, a fundamentação do referencial teórico de enfermagem e o plano de trabalho e métodos.

Na elaboração do trabalho foi considerada sistematicamente a norma da *American Psychological Association*.

3.2. Enquadramento Concetual

Segundo a American Heart Association (AHA) globalmente, em 2013, a prevalência do AVC era de 25.7 milhões, sendo que destes, 10.3 milhões eram primeiros casos. Nesse ano, o AVC foi a segunda principal causa de morte no mundo, atrás da doença cardíaca, contabilizando 11.8% da percentagem total de mortes. A estatística sobre o AVC nos Estados Unidos da América aponta para uma incidência anual de cerca de 800,000 casos, sendo que destes, três em quatro, são novos eventos. É a quinta principal causa de morte no país, ainda que a taxa tenha diminuído na década entre 2004-2014 de 28.7% para 11.3%. Os peritos apontam-na como a principal causa de incapacidade, sendo também a principal causa de incapacidade evitável (AHA, 2017).

Na Europa, segundo os mais recentes dados compilados pela European Cardiovascular Disease Statistics (ECDS), no ano de 2015, a incidência do AVC foi de 1.555,365, sendo que 628,183 destes em países pertencentes à União Europeia (UE) e um total de 15,208 contabilizados em Portugal. A ECDS reporta que a prevalência, em 2015, era de 7.865.206 pessoas sobreviventes de AVC na Europa, 3.768.545 destes em países pertencentes à EU e 76.309 dos quais, em Portugal (Wilkins et al. 2017).

A evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, com o desenvolvimento de técnicas cada vez mais sofisticadas e a melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, teve um grande impacto na transição demográfica vigente, com o aumento da esperança média de vida e progressivo aumento de pessoas a viver com doenças crónicas (Miller et al, 2010). Destas, destaca-se o AVC, como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo e que se caracteriza como a manifestação de uma doença vascular cerebral que culmina num conjunto de sintomas de deficiência neurológica, que dura pelo menos 24 horas, provocados por alteração da irrigação sanguínea no cérebro (OMS, 2006; Sacco & Kesner, 2013). Desta definição exclui-se o acidente isquémico transitório, cujos sintomas desaparecem em menos de 24 horas (OMS, 2006).

O aumento do número de idosos é uma situação transversal a vários países do mundo. Para além do processo de senescência há a associação de várias patologias, entre elas o AVC, que tem elevadas taxas de mortalidade e morbilidade associadas (Moreira, Araújo & Pagliuca, 2013), fazendo emergir a necessidade de repensar a prática de cuidados porque mesmo após reabilitação ficam funcionalmente dependentes, necessitando de cuidados a longo prazo (Kim, Cho & June, 2006).

Em resposta à mudança demográfica e à maior prevalência de doenças crónicas a atitude dos sistemas político-financeiros dos países desenvolvidos é a responsabilização das pessoas para a gestão dos seus processos de saúde- doença, promovendo o seu maior envolvimento e desenvolvimento de habilidades para se autocuidarem. Tal contribui para o desenvolvimento do conceito autocuidado, sendo este um recurso para a promoção da saúde e para a vivência dos processos saúde-doença, principalmente nas pessoas com vulnerabilidade acrescida, de que fazem parte as que sofrem das consequências de doenças crónicas (Petronilho, 2012).

O EEER tem um domínio de intervenção alargado e de relevo face às alterações demográficas mencionadas, pois além de desenvolver competências transversais a todos os especialistas, desenvolve igualmente competências específicas dentro da sua área, que contemplam o cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, a capacitação a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades remanescentes da pessoa (OE, 2010).

3.2.1. A pessoa com AVC: fisiopatologia e impacto global

O AVC é uma manifestação de uma longa cadeia de acontecimentos, podendo ser isquémico quando é de origem trombótica, embólica ou lacunar; ou hemorrágico quando é causado por hemorragia intracerebral, parenquimatosa ou subaracnoide. Dentro destes, o AVC isquémico é o que ocorre com maior frequência (Martins, 2002) atingindo cerca de 80% da população (DGS, 2016;

AHA, 2017).

O AVC hemorrágico é o extravasamento de sangue no tecido cerebral, como consequência da ruptura de um vaso. Há fatores predisponentes onde se destacam a hipertensão, a arteriosclerose, aneurismas congênitos, entre outros (Martins, 2002). Geralmente o AVC hemorrágico é mais grave, originando até 50% de mortalidade e é predominante na população mais jovem (Menoita, 2012). Este tem origem nos locais de maior fragilidade vascular e podem ser causados por hemorragia subaracnoideia (HSA) ou hemorragia intracerebral (HIC). Na HSA, o sangue extravasado fica

localizado no espaço subaracnoideu, geralmente devido à ruptura de um aneurisma intracerebral; na HIC, o sangue acumula-se na zona intraparenquimatosa, devido à ruptura de arteríolas ou mal formações arteriovenosas, quer seja no interior dos hemisférios, nos lobos cerebrais ou na fossa posterior (Ferro, 2013).

Os AVC isquémicos classificam-se como trombóticos quando a formação do trombo responsável pela oclusão se desenvolve no próprio local da lesão. A embolia caracteriza-se pela formação do trombo noutra parte do corpo, que quando entra em circulação, produz oclusão em regiões mais estreitas das artérias cerebrais. As lacunas ocorrem por pequenos enfartes característicos da patologia das artérias perfurantes (Martins, 2002). Este tipo de AVC ocorre por oclusão de alguma artéria de um dos dois sistemas responsáveis pela irrigação sanguínea cerebral: o carotídeo e o vértebro-basilar (Ferro, 2013).

A alteração neurológica após o AVC não depende do tipo mas sim do local afetado e da extensão da lesão (Ferro, 2013). No apêndice III estão descritas as manifestações clínicas características de acordo com o território vascular afetado. No apêndice IV estão reunidas as principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico.

Devido à cronicidade do AVC, o seu processo de reabilitação deve ser estendido desde as primeiras horas na fase aguda até à integração na comunidade. Apesar de formalmente se considerar o fim da reabilitação 3 a 4 meses após o AVC, ainda existem alguns domínios onde persistem necessidades de intervenção como por

exemplo: a reintegração social, a qualidade de vida relacionada com a saúde, e manutenção da actividade e a auto-eficácia. Ainda, 4 anos após o AVC cerca de 30% das pessoas aponta restrições na participação relacionadas com a autonomia e o desempenho de papéis sociais (Winstein & Stein, 2016). Ekstam, Uppgard, Von Koch & Tham, (2007) revelaram que apesar da funcionalidade da pessoa um ano após o AVC ter aumentado, muitos dos participantes ainda apresentavam défices nas competências para realizar as AVD, a um nível que ainda revela necessidade de assistência para viverem satisfatoriamente na comunidade.

A funcionalidade refere-se a um termo genérico “para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação” (OMS, 2004, p. 186). Esta “indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais” (OMS, 2004, p. 186). Descreve a interação dinâmica entre três dimensões da pessoa: funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores ambientais. Todas estas dimensões se subdividem em domínios, que englobam sistemas fisiológicos e anatómicos (funções e estruturas do corpo), o desempenho da pessoa no meio natural de vida (atividades e participação) e o ambiente físico e social (fatores ambientais) (OMS, 2004). A funcionalidade deve ser avaliada essencialmente pela mobilidade e pelas atividades básicas e instrumentais e a interferência positiva ou negativa que os fatores contextuais exercem sobre estas dimensões (Fontes, 2014).

O regresso a casa da pessoa dependente ou com diminuição da funcionalidade tem impacto na dinâmica familiar, em particular sobre o familiar cuidador. Durante o internamento, vários elementos da equipa multidisciplinar desenvolvem intervenções com a pessoa, mas é o enfermeiro que tem uma presença contínua, promovendo estratégias que promovam a independência no autocuidado ou o ensino e treino do cuidador, para garantir a continuidade de cuidados (Pereira, 2013). A promoção da autonomia e independência da pessoa é objetivo do EEER, porém é indispensável a articulação com as necessidades do cuidador, que assume duas características simultâneas no mesmo: prestador e alvo de cuidados (Triantafyllou,

2010). O EEER deve desenvolver um cuidar dinâmico, contínuo e progressivo, visando a recuperação funcional da pessoa e a sua reintegração familiar e social (Menoita, 2012).

Quando o destino de alta é o regresso a casa é imperativo garantir a continuidade dos cuidados planeando-o o mais precocemente possível. Assim, a intervenção do EEER é fulcral quer para a pessoa dependente no autocuidado, quer para o seu cuidador, porque é capaz de avaliar as necessidades da pessoa, bem como avaliar a necessidade de informação e treino do prestador de cuidados e identificar os recursos na comunidade, facilitadores da reintegração social (Pereira, 2013). O EEER ao intervir com a díade tem a possibilidade de identificar as necessidades de ambos, em conhecimento, cuidados e ajudas técnicas, contribuindo para a continuidade de cuidados no regresso a casa com garantia de conforto, bem-estar e qualidade de vida (Hoeman, 2008). O significado que cada díade atribui à situação saúde- doença, à hospitalização e às limitações resultantes da afeção contribuem para a singularidade dos diagnósticos e intervenções de enfermagem que possibilitarão a alta (Rebelo, 2012). Regressar a casa é um objetivo comum entre as pessoas em programa de reabilitação, sendo que o sucesso deste é medido amplamente pela transferência do ambiente de cuidados para o domicílio, dando continuidade ao processo de reabilitação iniciado em unidades de saúde (Hoeman, 2008). Após o programa é comum a persistência de problemas na mobilidade em pessoas com AVC, com impacto no desempenho das AVD no domicílio (Moreira, et al, 2010).

3.2.2. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece ao EEER, competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na área da reabilitação, além dos cuidados gerais. A utilização de conhecimentos específicos de reabilitação, contribuem para a autonomia e a reinserção da pessoa com AVC, promovendo a articulação entre o sector da saúde e o social, privilegiando uma visão abrangente, da pessoa integrada no seu contexto de vida (OE, 2010).

A intervenção do EEER na otimização das potencialidades da pessoa com AVC é importante para a sua reeducação funcional contribuindo para a reinserção social e reintegração profissional. Assim, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser iniciados precocemente, logo que as lesões sejam identificadas e a pessoa esteja clinicamente estável, de modo a evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, como contraturas dos tecidos moles; ombro doloroso; ou neurológicas como a espasticidade, que podem estar associadas ao atraso ou inexistência da reabilitação após a lesão (Hesbeen, 2010). Cabe ao EEER garantir uma boa reintegração da pessoa na comunidade, promovendo uma adaptação segura ao domicílio, capacitando-a e maximizando as funcionalidades remanescentes, bem como orientando o cuidador numa perspetiva que potencie a manutenção da reabilitação no domicílio (Moreira, et al, 2010).

Os cuidados de reabilitação centrados na pessoa devem visar a melhoria da performance nas atividades de acordo com a importância que estas têm para si. A reabilitação em contexto domiciliário facilita a atribuição de significados positivos à atividade por parte da pessoa (Ekstam et al, 2007). Planear os cuidados de acordo com o modelo de prestação de cuidados centrados na pessoa com AVC, que será abordado posteriormente, permite conjugar alguns dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, nomeadamente: promoção da saúde, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e reeducação funcional (OE, 2015). Deste modo, a intervenção do EEER deve incidir sobre a promoção da independência e funcionalidade da pessoa que apresenta défices potencialmente recuperáveis e a manutenção da saúde.

Vincent et al. (2007) identificam as seguintes necessidades de pessoas com AVC a viver no domicílio: realização de atividades e papéis sociais que valorizam – reintegração social como principal objetivo da reabilitação; aquisição de capacidades que promovam relações interpessoais, mobilidade e atividades de lazer, de modo a evitar o desenvolvimento de incapacidades secundárias e contribuir ainda mais para o isolamento; a correta avaliação das mudanças

sofridas e das necessidades de reabilitação no retorno ao domicílio e uma melhor articulação com os serviços da comunidade fomentando a reintegração da pessoa nos papéis. O estudo sublinha que a pessoa sobrevivente de AVC mantém necessidade de cuidados de reabilitação no regresso ao domicílio relativamente às capacidades individuais em interação com o ambiente, para dar resposta aos seus hábitos de vida.

O impacto do AVC na funcionalidade da pessoa e família é também constatado no estudo de Araújo, Lage, Cabrita, & Teixeira (2015), onde os autores destacam que muitas pessoas ficarão, em certo grau, dependentes, e necessitarão de assistência em algumas AVD em casa. Os autores apontam a importância dos familiares ou pessoas significativas possuírem as capacidades necessárias para a assistência, como é desejo da pessoa que sofreu o AVC. Intervir com os cuidadores tem vários objetivos, como: aumentar os seus conhecimentos e capacidades, diminuir a sua sobrecarga decorrente dos cuidados, de modo a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, aumentar a funcionalidade da pessoa dependente e diminuir o número de internamentos hospitalares ou noutras instituições.

Após entrevistas com a díade, White et al. (2014) concluíram 5 fatores que contribuíram para readmissões hospitalares: a falta de preparação para o regresso ao domicílio, as elevadas expectativas sobre o regresso a casa, a complexidade da gestão da medicação, a falta de apoio para o autocuidado na comunidade e a influência de fatores sociais. Compreender e antecipar as necessidades da díade é um fator importante para se obterem melhores resultados nos cuidados a longo prazo, incluindo a diminuição de readmissões hospitalares. A readaptação ao domicílio após o AVC é um processo contínuo que depende da identificação e avaliação das necessidades, bem como o relembrar de informações pertinentes ao longo do tempo.

A identificação do cuidador é uma premissa fulcral para o regresso a casa e a garantia de continuidade dos cuidados. Para além da identificação, a influenciar a alta para o domicílio estão fatores como a idade, o nível de independência funcional recuperada

e o fato de viverem em zonas mais populacionais, com apoio de outros familiares e a existência de redes sociais de apoio. Os investigadores constataram ainda que o destino de alta está relacionado com valores da medida de independência funcional, porém não significa que não necessitarão de continuar a receber cuidados (Koyama, Sako, Konta, & Domen, 2011).

Na intervenção com a díade, é importante para o EEER reconhecer que o ambiente hospitalar comparado com o domicílio é mais protetor e tendencialmente com poucas ou nenhuma barreira para o desempenho das AVD. O domicílio nem sempre está corretamente preparado no momento de alta e as potenciais dificuldades não são identificadas pela família, nem estes se encontram preparados para as dificuldades que possam surgir. Assim, o treino de AVD no domicílio contribui para a melhoria da mobilidade da pessoa, do equilíbrio e da capacidade para o autocuidado. O envolvimento da família no treino de AVD contribui para a melhoria da funcionalidade da pessoa com AVC, contribuindo para a sua reintegração social (Wang et al, 2015)

A intencionalidade da intervenção surge como resultado da investigação de Lawrence & Kinn (2011) onde os autores apontam que as mudanças das políticas de saúde para irem ao encontro das necessidades e preferências dos seus clientes, contribuíram para o desenvolvimento e implementação de uma perspetiva de cuidados centrados no cliente. Estes autores defendem que há maior envolvimento no programa de reabilitação se a pessoa com AVC e seu cuidador atribuírem significado aos objetivos que formulam e quando percebem que o programa de reabilitação é feito com e para eles. Especificamente em relação ao AVC, os autores destacam os domínios “significado e relevância das atividades de reabilitação” (compreender as experiências da pessoa, determinar as suas prioridades, objetivos e preocupações, atitudes que fomentem a prática de cuidados centrada na pessoa, avaliação de resultados, compreender as experiências do cuidador); “Qualidade” (qualidade de participação nas atividades); “Comunicação” (como barreira à prestação de cuidados centrados na pessoa”. De acordo com a

investigação, a prática de cuidados após o AVC centrados na pessoa tem que obedecer aos seguintes princípios: identificar a capacidade de comunicação da pessoa e utilizar estratégias de comunicação apropriadas e eficientes, identificar resultados que são valorizados e priorizados pela pessoa, identificar resultados que reflitam a desejada qualidade de participação nas atividades, monitorizar e avaliar os resultados ao longo do processo de reabilitação e utilizar a informação recolhida nos processos de tomada de decisão.

Neste sentido, o trabalho de Kidd, Lawrence, Booth, Rowat & Russel (2015) aponta para um reconhecimento crescente da autogestão como uma estratégia eficiente para os sobreviventes de AVC, porém as sequelas físicas e psicológicas são um entrave para o envolvimento da pessoa em intervenções que conduzam a este processo. Deste modo, as políticas em saúde dão cada vez mais importância a este conceito como uma componente dos cuidados a longo prazo e há preocupação em desenvolver serviços, particularmente de enfermagem, com o objetivo de intervir apropriadamente, em tempo útil e de forma personalizada neste contexto. Através da revisão efetuada para fundamentar o seu estudo os autores concluíram que intervir com a pessoa sobrevivente de AVC para a sua autogestão tem impacto positivo na qualidade de vida, nas funções cognitiva e psicológica, nos próprios comportamentos de autogestão e no conhecimento sobre a situação. O estabelecimento de objetivos é um componente motivacional importante para a adesão da pessoa às intervenções, verificando-se que os participantes capazes de formular objetivos mais precisos, orientados de acordo com a sua realidade e o impacto das suas sequelas, têm tendência a ter mais sucesso do que aqueles que apenas traçaram como objetivo “ficar melhor”.

3.2.3. Referencial Teórico de Enfermagem

A Teoria do Autocuidado de Orem é a teoria que aparece mais associada em investigação ao fenómeno do autocuidado e uma das que mais se aproxima da reabilitação (Petronilho, 2012). Esta teoria integra-se no paradigma da integração, em que o principal foco de atenção da enfermagem é a pessoa. Esta é entendida como um ser

em crescimento e em mudança constante, possuindo um conjunto de necessidades de autocuidado que variam de acordo com o seu desenvolvimento, desenvolvendo simultaneamente habilidades para lhes dar resposta. Contudo, a pessoa necessitará de cuidados de enfermagem quando não conseguir satisfazer essas necessidades. Os cuidados de enfermagem surgem com o propósito de dar assistência ou substituir a pessoa, saudável ou doente, naquilo que não consegue fazer por si e que faria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários. A saúde, não representa somente a ausência de doença, englobando a capacidade para satisfação das suas necessidades que promovem o seu bem-estar. Neste âmbito, o ambiente é o contexto em que a pessoa se insere podendo afetar positiva ou negativamente a sua capacidade para o autocuidado (Orem, 2001).

Esta teoria engloba três teorias interrelacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado; e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Apêndice V).

Há vários conceitos centrais, nesta teoria, também eles inter-relacionados: autocuidado (self-care), ação do autocuidado ou ação deliberada (self-care agency), agente de autocuidado (self-care agent), agente dependente de cuidados (dependente care agente), comportamentos de autocuidado (self-care behaviour); fatores condicionantes básicos (basic conditioning factors), necessidade terapêutica de autocuidado (therapeutic self-care demand) e requisitos de autocuidado (self-care requisites) (Petronilho, 2012).

A ação de autocuidado é a capacidade de cada um cuidar de si próprio, e é inerente ao ser humano. Estrutura-se ao longo do processo de desenvolvimento e é universal, pois abrange todos os aspetos vivenciais. (Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

Todas as pessoas são capazes de se autocuidarem por possuírem habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, sendo denominadas agentes de autocuidado. Quando a pessoa não têm esta capacidade necessita de intervenção por parte de outrem, denominado agente de autocuidado terapêutico, que é um adulto em maturação ou um adulto que aceita e cumpre a

responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outros que se encontram dependentes ou aceitam controlar o exercício de ação do autocuidado dessas pessoas (Orem, 2001).

Quando as necessidades se sobrepõem à capacidade de se autocuidar, surge o déficit de autocuidado. Este conceito permite ao EEER adequar métodos de auxílio ao indivíduo e compreender a intervenção que este possa ter no processo de autocuidado. A percepção do déficit de autocuidado orienta as intervenções de enfermagem e a capacidade de participação da pessoa. É composta por cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar (George, 2000).

Orem (2001) identificou cinco áreas de atividade para a enfermagem na sua teoria: iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com a pessoa/ família ou grupo até que não haja mais necessidade de cuidados de enfermagem; determinar a utilidade dos cuidados de enfermagem para as pessoas dependentes no autocuidado; resposta às necessidades da pessoa dependente pelo enfermeiro; intervenção com a pessoa/ família e/ou cuidador; coordenação entre as intervenções de enfermagem e intervenções de outras áreas da saúde necessárias para a pessoa.

Para estruturar a intervenção de enfermagem surge a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem” (Orem, 2001, p.147). Esta determina a forma de resposta às necessidades de autocuidado por parte do enfermeiro à pessoa dependente. Os cuidados de enfermagem fazem sentido quando há um déficit entre aquilo que a pessoa consegue realizar e aquilo que necessita para o seu melhor funcionamento (Petronilho, 2012).

Assim, Orem (2001) definiu três classificações de sistemas de enfermagem que pautam o exercício profissional do enfermeiro para dar resposta às necessidades verbalizadas e identificadas na pessoa: o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente

compensatório; e o sistema de apoio-educação.

O autocuidado surge como retrato da capacidade que a pessoa tem para desenvolver autogestão comportamentos e atividades que contribuam para a promoção do seu bem-estar e para a do seu processo saúde-doença, bem como um resultado sensível às intervenções de enfermagem, cujas intervenções contribuem para a capacitação da pessoa tendo em vista a maximização da sua funcionalidade, a promoção da saúde e o bem-estar (Petronilho, 2012).

O EEER de acordo com o seu conhecimento específico pode intervir com a pessoa portadora de incapacidade/ família com o objetivo de recuperar o seu potencial funcional e maximizar a sua autonomia e independência. De acordo com o enunciado descritivo, “*O bem-estar e o autocuidado*”, da OE, o EEER maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida nas quais o cliente é dependente (OE, 2010).

3.3. Plano de trabalho e métodos

Foi utilizada a metodologia de projeto para desenvolver este trabalho, alicerçada nos contributos da revisão *scoping* anteriormente explicitada, por forma a obter a evidência mais actual sobre o tema abordado. Esta evidência dá relevo ao projeto e contribui para o desenvolvimento de atividades tendo em vista a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

3.3.1. Problema Geral

O ponto de partida para este projeto surgiu essencialmente da prática profissional verificando-se a necessidade de compreender a intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com AVC e sua família, no regresso a casa.

3.3.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Para dar resposta ao problema identificado e desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de EEER, de acordo com o que é preconizado pela OE surge como

objetivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas de EEER, nomeadamente na promoção do autocuidado da pessoa com AVC no regresso a casa, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar e social.

Para concretizar o objetivo geral supracitado surgem os seguintes objetivos específicos:

- Integrar a equipa multidisciplinar dos locais de estágio, conhecendo os seus objetivos e as suas dinâmicas;
- Compreender a intervenção do EEER na articulação com a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, bem como a interação com a díade;
- Compreender a intervenção do EEER à pessoa com défice de autocuidado e diminuição da funcionalidade e sua família, nomeadamente à pessoa com AVC;
- Monitorizar as intervenções implementadas, visando o aumento da participação e a reintegração familiar e social da pessoa com défice no autocuidado e diminuição da funcionalidade, nomeadamente a pessoa com AVC.

3.3.3. Fundamentação dos locais de estágio

Este percurso de desenvolvimento pessoal e formativo enquanto EEER contemplará dois períodos de ensino clínico, onde se pretende desenvolver também competências gerais de enfermeiro especialista e dar resposta ao tema principal deste projeto. Foram realizadas duas entrevistas, uma em cada local, para previamente ter algum conhecimento sobre a prática nesses contextos (Apêndice VI).

O primeiro ensino clínico, compreendido sensivelmente no período de 25 de Setembro de 2017 a 24 de Novembro de 2017,

ocorrerá na Unidade de Cerebrovascular (UCV),

. Este serviço presta cuidados a pessoas com AVC, em fase aguda, com o objetivo principal de prevenir complicações após o evento. A UCV funciona atualmente com oito camas, tem quatro EEER, porém apenas três estão disponíveis para a orientação de alunos. O serviço funciona através da via verde do AVC, estando responsável pela admissão de doentes de toda a região de Lisboa (Alentejo e Algarve mediante necessidade). O período de internamento médio é de três a cinco dias. O principal trabalho desenvolvido nesta unidade é a prevenção de complicações secundárias ao evento, destacando-se também a intervenção com a família, já que sensivelmente metade das pessoas internadas regressa ao domicílio após o internamento.

O segundo ensino clínico, compreendido sensivelmente no período de 27 de Novembro de 2017 a 9 de Fevereiro de 2018, ocorrerá na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

. A ECCI presta cuidados a vinte adultos dependentes e duas crianças, que têm um cuidador identificado mas necessitam de cuidados diferenciados e de reabilitação. A equipa é constituída por três EEER e um Enfermeiro Especialista em Cuidados na Comunidade. Têm por objetivo a reabilitação sensório-motora e cognitiva e o ensino e treino do cuidador essencialmente em pessoas com patologias crónicas incapacitantes e défices resultantes de quedas (fraturas e traumatismos crânio encefálicos).

3.3.4. Descrição das tarefas e resultados esperados

O planeamento das atividades que visam dar resposta aos objetivos previamente delineados pode ser consultado no apêndice VII. O respetivo cronograma de atividades pode ser consultado no apêndice VIII.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos países desenvolvidos verifica-se uma transição demográfica, que se traduz no aumento da esperança média de vida, da população idosa e da prevalência de doenças crónicas que resultam em novos desafios na área da saúde. Uma população envelhecida com maior prevalência de doenças crónicas origina vulnerabilidade acrescida à dependência física, social e financeira, podendo resultar no aumento de internamentos hospitalares.

O autocuidado é um conceito central no desenvolvimento da profissão de enfermagem e ganha particular ênfase para a ER, na medida em que o défice de capacidades para a sua execução encerra graves problemas para quem o experimenta, traduzindo-se na diminuição da capacidade para o desempenho nas AVD e consequente quebra da funcionalidade.

A delineação deste projeto de estágio surge como linha norteadora para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEER. A evolução do projeto até esta fase teve início numa problemática que advém da minha prática clínica e que foi sofrendo alguns ajustes mediante a pesquisa bibliográfica efetuada e a discussão com a professora orientadora, culminando na promoção do autocuidado, nomeadamente na pessoa com AVC no regresso a casa.

Com a execução deste projeto em ambiente de ensino clínico, pretendo desenvolver uma visão abrangente sobre o percurso da pessoa com AVC e sua família desde a admissão em cuidados agudos até à fase de sequelas, abrangida pela reabilitação em contexto domiciliário (a ponte entre estas duas fases acompanha o meu percurso profissional numa unidade de reabilitação intensiva). Apesar de reconhecer grande importância às atitudes preventivas que têm vindo a ser tomadas no âmbito do AVC e que os progressos técnico- científicos desenvolvidos na área da saúde permitam melhores resultados em reabilitação haverá sempre pessoas a sofrer com a cronicidade do AVC, em termos de incapacidades, que deverão ser tidas em conta no combate à restrição nas atividades e participação social. Seria interessante se este projeto me permitisse

demonstrar a pertinência do acompanhamento destas pessoas no regresso a casa, nomeadamente perante a instituição onde desenvolvo a minha prática, perspectivando impacto positivo na satisfação com a qualidade de vida da pessoa com AVC e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2017). Heart disease and stroke statistics – 2017 update: *a report from the American Heart Association*.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington (DC): APA.
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L.(2015). Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2435-43.
- Castro, L., & Ricardo, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projeto - Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares* (7ª Edição ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Direção Geral de Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro Cardio-Vasculares em Números. Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardio-Vasculares. Lisboa. ISSN: 2183-0681.
- Ekstam, L., Uppgard, B., Von Koch, L. & Tham, K. (2007). Functioning in everyday life after stroke: a longitudinal study of elderly people receiving rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 434- 46.
- Ferro, J. (2013). Acidentes Vasculares Cerebrais. In Ferro, J., Pimentel, J. (coords). *Neurologia Fundamental – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (2ª Edição). Lisboa: Lidel.
- Fontes, A. (2014). Funcionalidade e Incapacidade: conceptualização, estrutura e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Loures: Lusodidacta.
- Foster, P. & Bennett, A. (2000) - Dorothea E. Orem (Capítulo 7). In George, J. e colaboradores. *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- George, J. e colaboradores (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação - Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência.

- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., Rowat, A. & Russel, S. (2015). Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. *BMC Health Services Research*, 15:359.
- Kim, E., Cho, E., June, K. (2006). Factors influencing home care and nursing homes. *Journal of advanced nursing*, 54(4), 511-17.
- Koyama, T., Sako, Y., Konta, M. & Domen, K. (2011). Poststroke discharge destination: functional Independence and sociodemographic factors in urban Japan. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 20(3). 202-7.
- Lawrence, M. & Kinn, S. (2011). Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature. *Health Expectations*, 15, 295-326.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark P. & Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. *A Scientific Statement from the American Heart Association*.
- Moreira, R., Araújo, T., & Pagliuca, L. (2013). Limitação da mobilidade física em pacientes após o acidente vascular encefálico no domicílio: proposta de um conceito. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(5), 920-8.
- Moreira, R., Araújo, T., Cavalcante, T., Oliveira, A., Holanda, G., Morais, H., Alves, F., et al. (2010). Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 425-30.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed). St. Louis: Mosby
- Organização Mundial da Saúde. (2004). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Organização Mundial da Saúde (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Pajalic, Z., Karlsson, S. & Westergren, A. (2006) Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 457-66.
DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.03844.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03844.x)
- Pereira, I. (2013). *Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: O Contributo Teórico de Orem para a Disciplina e Profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. nº3, serie IV, (novembro/dezembro 2004) p. 157-164.
- Rebelo, M. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. L. Basto (org.) *Cuidar em Enfermagem: saberes da prática*. (pp. 190-273) Coimbra: Formasau.
- SÁ, M. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições

Universidade Fernando Pessoa, pp. 12-19.

- Sacco, R., Kasner, S. (Coord) (2013) An update definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals. *American Heart Association/ American Stroke Association*.
- Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem – Teoria do Déficit de Auto-cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Téoricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp 211-235). Loures: Lusociência.
- Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Di Santo, P., et al. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*. Interlinks. Disponível on-line em: http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf
- Vincent, C., Deaudelin, I., Robichaud, L., Rousseau, J., Viscogliosi, C., Talbot, L., Desrosiers, J. (2007). Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. *BMC Geriatrics*, 7:20.
- Wang, T., Tsai, A., Wang, J., Lin, Y., Lin, K., Chen, J., Lin, B., Lin, T. (2015). Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 3-12.
- White, C., Brady, T., Saucedo, L., Motz, D., Sharp, J., Birnbaum, L. (2014). Towards a better understanding of readmission after stroke: partnering with stroke survivors and caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1091- 1100.
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo- Fernandez, R., Burns, R., et al. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network, Bruxelas. Disponível em: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html>
- Winstein, C. J., Stein, J. (Coord) (2016) Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare

professionals.

American

Heart

Association/

American

Stroke

Association.

APÊNDICES

**Apêndice I – Diagrama *Prisma Flow* da seleção dos artigos da
*Scoping Review***

MEDLIN
E N = 65



C
I
N
A
H
L
N
=
0



Artigos após exclusão
de duplicados N= 65



Artigos
Completament
e Analisados
N = 6



Artigos
excluídos
após
leitura do
título/
resumo
N = 59

Artigos
Incluídos
após análise
das
referências
bibliográficas
N = 1

Total
N = 7 artigos

**Apêndice II – Tabelas de extração de dados dos artigos da
*Scoping Review***

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
Poststroke Discharge Destination: Functional Independence and Sociodemographic Factors in Urban Japan.	Koyama, T., Sako, Y., Koyama, M. & Domen K. (2011).	Determinar os fatores que influenciam a alta de uma unidade de reabilitação de longa duração, após o primeiro evento de AVC, para o domicílio.	<u>163 Pessoas</u> com AVC que frequentaram o programa de reabilitação, entre Setembro de 2007 e Março de 2009, da unidade de saúde onde foi conduzido o estudo.	<u>Critérios de inclusão:</u> 1º evento de AVC. <u>Critérios de exclusão:</u> Hemorragia subaracnoideia, AVC do cerebelo e tronco cerebral; casos de intercorrências clínicas durante o programa. Consentimento informado para pessoa com AVC / familiares.	Análise dos valores da MIF na admissão e na alta em conjunto com fatores sociodemográficos e verificação do destino de alta.	123 das 163 pessoas com AVC envolvidas tiveram alta para casa. A influência da alta para o domicílio estão fatores como a idade , o nível de Independência funcional recuperada e o facto de viverem em zonas mais populacionais e com apoio de familiares .

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
Defining and measuring patient-centered care: an example from a mixed methods systematic review of the stroke literature.	Lawrence, M. & Kinn, S. (2011).	Identificar instrumentos de avaliação para os resultados do cuidado centrado na pessoa com AVC e identificar intervenções centradas na pessoa.	Estudos que englobassem <u>adultos (+18anos) com AVC</u> em qualquer tipo de unidade de cuidados.	<u>Revisão sistemática de literatura</u> com inclusão tanto de estudos quantitativos como qualitativos.	A revisão compreendeu 5 passos: <u>pesquisa da literatura</u> nas bases de dados <i>MEDLINE</i> e <i>PsycINFO</i> , recorrendo a termos indexados e palavras-chave relacionadas com “stroke” e “patient-centered”, aplicação de <i>critérios de inclusão/ exclusão, análise da informação, avaliação qualitativa, extração</i>	Instrumentos de avaliação identificados: “Subjective Index of Physical and social outcomes”, “Stroke Impact Scale” e Outcome after Stroke scale” . Desenvolvimento de um enquadramento conceptual de cuidados centrados na pessoa específicos após o AVC com base nas intervenções identificadas: intervir com a pessoa no seu domicílio, envolvimento

					<p><i>e análise dos dados.</i></p>	<p>da família e intervenções adaptadas às suas necessidades e preferências. A análise destes fatores permitiu a construção dos 3 pilares do enquadramento: significado e relevância para as pessoas com AVC das atividades de reabilitação, a qualidade de participação percebida nas atividades e a identificação de dificuldades na comunicação que atuem como barreiras.</p>
--	--	--	--	--	------------------------------------	---

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
Caregiver-mediated intervention can improve physical recovery of patients with chronic stroke: A Randomized Controlled Trial	Wang, TC., Tsai, A., Wang, JY., Lin, YT., Lin, KL., Chen, J., Lin, B. & Lin, T. (2015).	Analisar a influência da intervenção com os cuidadores, em contexto domiciliário, na melhoria da funcionalidade e da participação social das pessoas com AVC.	51 Pessoas com AVC (isquêmico ou hemorrágico) há mais de 6 meses de 3 hospitais de Taiwan.	Ensaio controlado aleatório, simples-cego, durante 12 semanas. Critérios de inclusão: 6 meses após o evento; incapacidade ligeira a moderada (Brunnstrom III-IV); em programa de reabilitação duas ou menos vezes por semana; em casa; com cuidador identificado (familiar ou profissional); com necessidade de assistência em	25 Pessoas com AVC fizeram parte do grupo de intervenção, 26 do grupo de controlo (mantendo a rotina de cuidados). Programa constituído por 3 fases. 1ª: 1-4 semanas – melhoria das funções corporais e estruturas do corpo; 2ª 5-8 semanas – melhorar	O programa desenvolvido com a pessoa e cuidador permitiu a melhoria de vários aspetos no grupo de intervenção em relação ao grupo de controlo, de acordo com a Stroke Impact Scale , nomeadamente: força, mobilidade, composição física e reabilitação geral. O programa permitiu também a melhoria na marcha (prova de marcha de 6

				<p>alguma das AVC.</p> <p><u>Critérios de exclusão:</u> SNG/PEG; drenagem vesical livre; traqueostomia; AVC recorrente; demência; Afasia global ou de compreensão; incapacidade ortopédicasevera; intercorrências clínicas; Consentimento informado oral e escrito.</p>	<p>desempenho nas AVD; 3ª 9-12semanas – promover a reintegração na sociedade.</p>	<p>minutos), melhoria do equilíbrio (escala de Berg) e melhoria do score no Índice de Barthel. Os autores associam as melhorias nestes domínios a uma maior possibilidade de melhoria na qualidade da participação social. O estudo não revelou melhorias significativas na sobrecarga do cuidador.</p>
--	--	--	--	---	---	---

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomized trial.	Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L. (2015).	Determinar a eficácia do programa InCARE em relação aos cuidados convencionais de enfermagem. Avaliar o desenvolvimento de competências, a qualidade de vida e a sobrecarga nos cuidadores após o programa InCARE. (InCARE: Intervenção em	198 díades: 99 para o grupo de intervenção e 99 para o grupo de controlo.	<u>Ensaio controlado aleatório, simples-cego.</u> Critérios de inclusão: cuidadores de pessoas com AVC com mais de 65 anos, sem defeito cognitivo, a viver na região do Cávado (com cobertura do ACES I, II ou III) e após entrega do consentimento informado.	<u>Empowerment dos cuidadores</u> para participação ativa nos cuidados e <u>promoção da autonomia na tomada de decisão.</u> <u>Treino de técnicas específicas:</u> mobilidade, higiene, vestir/despir, transferências, posicionamentos, alimentação/ hidratação e utilização de produtos de apoio uma semana, <u>um mês e três meses</u>	O trabalho destes autores define um protocolo de intervenção a ser implementado no âmbito do programa InCARE e pretende: a diminuição da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida dos cuidadores , a melhoria da funcionalidade das pessoas idosas com AVC e evitar os reinternamentos e institucionalizações destas pessoas.

		cuidadores de pessoas idosas com AVC, em casa.)		<u>Critérios de</u> <u>exclusão:</u> Impossibilidade de comunicação com o cuidador cara-a-cara e existências de cuidados/ suporte por profissionais.	<u>após a alta</u> <u>hospitalar.</u> <u>Apoio/</u> <u>aconselhamento</u> <u>por telefone aos</u> <u>cuidadores três,</u> <u>seis, oito e dez</u> <u>semanas após a</u> <u>alta.</u>	
--	--	--	--	---	--	--

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
Poststroke Discharge Destination: Functional Independence and Sociodemographic Factors in Urban Japan.	Koyama, T., Sako, Y., Konta, M. & Domen K. (2011).	Determinar os fatores que influenciam a alta de uma unidade de reabilitação de longa duração, após o primeiro evento de AVC, para o domicílio.	<u>163 Pessoas</u> com AVC que frequentaram o programa de reabilitação, entre Setembro de 2007 e Março de 2009, da unidade de saúde onde foi conduzido o estudo.	<u>Critérios de inclusão:</u> 1º AVC. <u>Critérios de exclusão:</u> Hemorragia subaracnoideia, AVC do cerebelo e tronco cerebral; casos de intercorrências clínicas durante o programa. Consentimento informado para pessoa com AVC / familiares.	Análise dos valores da MIF na admissão e na alta em conjunto com fatores sociodemográficos e verificação do destino de alta.	123 das 163 pessoas com AVC envolvidas tiveram alta para casa. A influenciar a alta para o domicílio estão fatores como a idade , o nível de independência funcional recuperada e o fato de viverem em zonas mais populacionais e com apoio de familiares .

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention.	Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., Rowat, A. & Russell, S. (2015).	<p>1ª Fase (Desenvolvimento): Desenvolver um protótipo de intervenções de Enfermagem direcionadas para a autogestão da pessoa com AVC;</p> <p>2ª Fase (Avaliação): Realizar um teste piloto do protótipo e avaliar qualitativamente quanto à viabilidade e aceitação das pessoas com AVC e enfermeiros especializados no cuidado à pessoa</p>	<p>Aplicável na 2ª Fase: 26 pessoas com AVC (3 a 12 meses após o evento); enfermeiros especializados no cuidado à pessoa com AVC do Serviço Nacional de Saúde Escocês.</p>	<p>Desenho de pesquisa com <u>métodos mistos</u> (com base no <i>British Medical Research Council's</i>).</p>	<p>1ª Fase: <u>revisão da literatura</u> publicada sobre intervenções para a autogestão das pessoas com AVC; <u>realização de entrevistas qualitativas e discussão em grupo.</u></p> <p>2ª Fase: <u>entrevistas qualitativas e discussões em grupo</u> com</p>	<p>O estudo revelou uma boa aceitação das intervenções identificadas numa ótica do cuidado centrado na pessoa com AVC, sendo os objetivos definidos e articulados por esta. Apesar dos bons resultados perspetivados os autores realçam o fato de este ser o primeiro estudo do género realizado no Reino Unido e mais estudos são necessários para</p>

		com AVC.			<p> pessoas com AVC e enfermeiros especializados no cuidado às pessoas com AVC. </p> <p> garantir a eficácia das intervenções para ativação da pessoa (autogestão) e possibilitar a inclusão destas intervenções no cotidiano dos serviços (instituições de saúde / serviços de apoio na comunidade) para uma maior participação e satisfação da pessoa com AVC a viver em casa. </p>
--	--	----------	--	--	--

Título	Autores (Ano)	Objetivo	População/ Amostra	Metodologia	Tipo de intervenção	Resultados
---------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------	--------------------------------	-------------------

Towards a better understanding of readmissions after stroke: partnering with stroke survivors and caregivers.	White, C., Brady, L., Saucedo, L., Motz, D., Sharp, J. & Birnbaum, L. (2014).	Descrever a experiência de reinternamento da pessoa com AVC e seu cuidador.	20 pessoas reinternadas nos hospitais envolvidos no estudo, até 6 meses após o AVC.	<u>Estudo qualitativo descritivo.</u> <u>Critérios de inclusão:</u> pessoa com AVC a viver no domicílio, reinternadas até 6 meses após AVC; reinternamento não programado; Compreender e falar inglês. <u>Cuidadores incluídos nas entrevistas</u> se compreendessem e falassem inglês e participassem nos cuidados.	<u>Entrevista semi-estruturada.</u>	A visão sob a perspectiva dos entrevistados realçou alguns domínios que carecem de intervenção: preparação adequada para a alta; necessidade de apoio na comunidade na gestão da medicação e atividades de autocuidado; necessidade de esclarecimento de dúvidas durante a adaptação à comunidade. A
---	---	---	---	---	-------------------------------------	--

						evidência sugere a necessidade de garantir a continuidade de cuidados após AVC , com foco na promoção dos cuidados desenvolvidos na comunidade, para possibilitar melhores resultados de reabilitação a longo prazo.
--	--	--	--	--	--	--

Apêndice III - Manifestações clínicas características de acordo com o território vascular afetado.

Território Carotídeo	Território Vértebro-basilar
<p>Artéria Central da Retina Cegueira ipsilateral Amaurose fugaz ipsilateral</p> <p>Artéria Cerebral Anterior Síndrome frontal Parésia do membro inferior contra lateral Afasia transcortical (hemisfério esquerdo)</p> <p>Artéria Coroideia Anterior Hemiparésia contralateral Hemi-hipostesia contralateral Hemianopsia contralateral</p> <p>Artéria Cerebral Média</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo o território: hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia. • Ramos ântero-superiores: hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito). • Ramos postero-inferiores: afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral. • Ramos profundos: hemiparesia e hemi-hipostesia contralaterais. 	<p>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos</p> <p>Depende da conjugação das zonas afetadas: Desequilíbrio, ataxia; nistagmo; diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados; Disartria; Disfagia, soluços; coma; síndromas alternas (parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparésia e/ou hemi-hipostesia contralateral); parésias e/ou alterações da sensibilidade.</p> <p>Artéria Cerebral Posterior Hemianopsia contralateral Hemi-hipostesia contralateral Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) Agnosia para cores (hemisfério esquerdo) Agnosia visual (hemisfério esquerdo) Prosopagnosia (hemisfério direito)</p>

Apêndice IV – Principais manifestações clínicas do AVC
hemorrágico.

Hemorragia Subaracnoideia	Hemorragia Intracerebral
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia súbita e muito intensa, geralmente desencadeada por um esforço • Náuseas e vômitos • Alterações da vigília, por vezes transitória • Sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Kerning) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemisférica profunda: hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia, náuseas e vômitos, deterioração progressiva da vigibilidade. • Hemisférica lobar (varia de acordo com hemisfério e lobo afetado) – sintomas mais frequentes: hemianopsia, neglect, défices visuo-espaciais, cefaleias. • Cerebelo: náuseas e vômitos, cefaleias, impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem. • Protuberância: tetraparésia, pupilas mióticas, coma

Fonte: Ferro, 2013.

**Apêndice V – Teoria do Autocuidado
de Orem**

Autocuidado é um conceito que faz parte do vocabulário de enfermagem e tem sofrido evolução ao longo do tempo, acompanhando as mudanças da sociedade, estando ligado à autonomia, à independência e à responsabilidade social (Petronilho, 2012).

O AVC pode resultar em várias deficiências para a pessoa que podem ser do tipo somatossensorial, mental (perceptivas, cognitivas e depressivas) ou motor que podem influenciar a vários níveis como por exemplo na mobilidade e no autocuidado (Welmer, et al, 2007).

A Teoria do Autocuidado de Orem é a teoria que aparece mais associada em investigação ao fenómeno do autocuidado e uma das que mais se aproxima da reabilitação (Boswell, 2000; Petronilho, 2012).

A avaliação do autocuidado surge muitas vezes da avaliação no desempenho das AVD (Petronilho, 2012), porém, apesar de ser importante avaliar o desempenho global nas AVD das pessoas que sofreram AVC é proveitoso isolar a deficiência que corresponde a determinada incapacidade para delinear um plano de intervenção mais adequado às funções afetadas (Welmer, et al, 2007).

Relaciona-se a normalidade das funções somatossensoriais (sensibilidade tátil e propriocetiva) com bons prognósticos de atividade após o AVC mas há pouca evidência que a afetação destas funções esteja diretamente relacionado com impacto negativo nas atividades desempenhadas. A normalidade destas funções após o AVC associada a nenhum ou baixos níveis de depressão conduzem a melhores resultados na mobilidade e no autocuidado (Welmer, et al, 2007).

Esta Teoria Geral é composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica

as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. (Taylor, 2004).

Há vários conceitos centrais, nesta teoria, também eles inter-relacionados: autocuidado (self-care), ação do autocuidado ou ação deliberada (self-care agency), agente de autocuidado (self-care agent), agente dependente de cuidados (dependente care agente), comportamentos de autocuidado (self-care behaviour); fatores condicionantes básicos (basic conditioning factors), necessidade terapêutica de autocuidado (therapeutic self-care demand) e requisitos de autocuidado (self-care requisites) (Petronilho, 2012).

Teoria do Autocuidado

“Autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas positivas. Deste modo, o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos, uma vez que está diretamente relacionado com os resultados clínicos” (Petronilho, 2012, pp. 18).

A ação de autocuidado é a capacidade de cada um cuidar de si próprio, e é inerente ao ser humano. Estrutura-se ao longo do processo de desenvolvimento e é universal, pois abrange todos os aspetos vivenciais. (Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

Petronilho (2012) considera autocuidado um processo inato e aprendido. Inato funcionando de acordo com o potencial de cada um para o desenvolvimento do potencial de saúde e que não depende necessariamente dos profissionais de saúde. Aprendido na medida que provém da negociação de papéis com os profissionais que capacitam a pessoa para a gestão eficaz da sua doença (Petronilho, 2012).

Muitos são os fatores que influenciam a ação de autocuidado, sendo o seu desempenho uma questão pessoal. Fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, político-económicos, entre outros, influenciam a forma como o indivíduo aborda o autocuidado nas AVD (Silva, 2007).

Na mesma linha, Petronilho (2012) acrescenta ainda que a ação do autocuidado engloba o domínio cognitivo (capacidades cognitivas para ação do autocuidado), domínio físico (capacidade física), domínio emocional ou psicossocial (valores, motivação, percepção de competências) e domínio do comportamento (capacidade para realizar os comportamentos de autocuidado). Todas as pessoas são capazes de se autocuidarem por possuírem habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, sendo denominadas agentes de autocuidado (Orem, 2001).

Quando a pessoa não tem esta capacidade necessita de intervenção por parte de outrem, denominado agente de autocuidado terapêutico, que é um adulto em maturação ou um adulto que aceita e cumpre a responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outros que se encontram dependentes ou aceitam controlar o exercício de ação do autocuidado dessas pessoas (Orem, 2001).

Como tal, no modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Petronilho, 2012).

Os comportamentos de autocuidado envolvem a prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pela própria pessoa. Estas devem ser realizadas em prazos adequados, pelos próprios e no interesse da manutenção da vida, de um funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e bem-estar (Petronilho, 2012).

Os fatores condicionantes básicos da Teoria de Orem podem determinar o desempenho do autocuidado, surgindo como inibidores ou facilitadores de adaptação do estado de saúde da pessoa. Referem-se aos fatores internos ou externos que afetam a capacidade da pessoa no desempenho do autocuidado, podendo influenciar a quantidade necessária do mesmo (Petronilho, 2012). Entre outros destacam-se: o sexo, a idade, o estado de saúde, o estado de desenvolvimento, a

orientação sociocultural, fatores associados ao diagnóstico e tratamento, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e a disponibilidade de recursos e sua adequação (Orem, 2001).

Para a autora supramencionada (2001, pp. 223) a necessidade de autocuidado terapêutico é:

“...uma estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender, ou seja, cumprir, as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos”.

Sendo assim, a intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa é realizada de forma terapêutica, resultante da incapacidade da mesma em determinar ou executar as necessidades de autocuidado (Petronilho, 2012).

Esta teoria envolve o conceito de requisitos, que visam assegurar o autocuidado, condicionando igualmente a sua eficácia. (Foster e Bennett, 2000) Os requisitos de autocuidado dividem-se em três categorias: requisitos universais de autocuidado; requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Esta teoria identifica 8 necessidades básicas que devem ser satisfeitas por uma pessoa saudável:

- Manutenção de quantidade de ar suficiente
- Consumo suficiente de água
- Consumo suficiente de comida
- Funções de eliminação satisfatórias
- Equilíbrio entre atividade e descanso
- Equilíbrio entre tempo sozinho e acompanhado
- Prevenção de perigos para o seu funcionamento e bem-estar
- O desejo de ser normal e a promoção do seu desenvolvimento, dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial do ser humano.

A seguir a um AVC, a pessoa pode ter dificuldade em suprir algumas destas necessidades por: perda de conhecimento, perda de capacidade, falta de motivação ou situações relacionadas com experiências passadas (Boswell, 2000).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento que definem-se como: *“expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento enquanto novos requisitos, derivados de uma condição, associados a algum evento”* (George, 2000, p. 85). Assim, surgem de acordo com o estadio de desenvolvimento do individuo e compreendem as dimensões do desenvolvimento humano, isolando os fatores que promovem e regulam esse desenvolvimento nas diferentes fases de vida (Petronilho, 2012).

Estes requisitos expressam dois objetivos: promover condições e comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento; providenciar condições e experiências que minimizem ou superem efeitos nocivos no desenvolvimento (Petronilho, 2012).

Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, são exigidos em situação de doença ou lesão, de intervenções

médicas, de diagnóstico ou tratamento. Existem seis categorias nestes requisitos: procurar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento; realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, correção de deformidades e anormalidades e compensação de incapacidades; estar consciente e atender ou regular os efeitos nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos de desenvolvimento; modificar o autoconceito (e a autoimagem) para aceitar um estado de saúde particular e necessidade de formas específicas de cuidados de saúde; aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos, assim como os efeitos das intervenções, diagnósticos médicos e tratamentos, no estilo de vida que promova um contínuo desenvolvimento pessoal (George, 2000).

Assim, a Teoria do Autocuidado sustenta a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas, em seu próprio benefício, com o objetivo de preservar a vida e o funcionamento saudável, para dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. A atividade do autocuidado é uma capacidade complexa, que visa colmatar as necessidades contínuas de forma intencional e deliberada para o regulamento do seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano (Taylor, 2004).

Teoria déficit de autocuidado

Esta teoria justifica a ação de enfermagem, que surge quando as necessidades das pessoas são superiores às suas capacidades para o autocuidado. A percepção do déficit de autocuidado orienta as intervenções de enfermagem e a capacidade de participação da pessoa. É composta por cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e

orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar (George, 2000).

Orem (2001) identificou cinco áreas de atividade para a enfermagem na sua teoria: iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com a pessoa/ família ou grupo até que não haja mais necessidade de cuidados de enfermagem; determinar a utilidade dos cuidados de enfermagem para as pessoas dependentes no autocuidado; resposta às necessidades da pessoa dependente pelo enfermeiro; intervenção com a pessoa/ família e/ou cuidador; coordenação entre as intervenções de enfermagem e intervenções de outras áreas da saúde necessárias para a pessoa.

Teoria dos sistemas de enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem” (Orem, 2001, p.147). Esta teoria determina a forma de resposta às necessidades de autocuidado por parte do enfermeiro à pessoa dependente. Os cuidados de enfermagem fazem sentido quando há um déficit entre aquilo que a pessoa consegue realizar e aquilo que necessita para o seu melhor funcionamento (Petronilho, 2012).

Desta forma, Orem definiu três classificações de sistemas de enfermagem que pautam o exercício profissional do enfermeiro para dar resposta às necessidades verbalizadas e identificadas na pessoa: o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente compensatório; e o sistema de apoio-educação.

O sistema totalmente compensatório representa as situações nas quais a pessoa não se consegue envolver na ação de autocuidado, tornando-se dependente de outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar (Petronilho, 2012).

No sistema parcialmente compensatório, Foster e Bennett (2000) referem que o enfermeiro e a pessoa desempenham medidas de autocuidado.

O cuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa e o objetivo é a compensação das limitações da pessoa. As distribuições das responsabilidades variam de acordo com as limitações resultantes das condições de saúde da pessoa ou das prescrições médicas, o conhecimento científico e técnico e habilidades exigidas e a força de vontade da pessoa para desempenhar ou aprender atividades específicas (Petronilho, 2012).

No sistema de apoio-educação a pessoa tem capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução por parte do profissional. Cabe ao enfermeiro promover a pessoa como agente de autocuidado, recorrendo a estratégias como orientação, ambientes facilitadores de desenvolvimento e aprendizagem (Petronilho, 2012).

O trabalho do autor supramencionado aponta que entre as doenças crónicas mais prevalentes nos estudos identificados, o AVC é aquela que mais impacto tem na dependência para as atividades instrumentais de vida diária, como a dependência nos transportes e na limpeza da casa, pela diminuição da funcionalidade como consequência do evento (Petronilho, 2012).

O autocuidado surge como retrato da capacidade que a pessoa tem para desenvolver autogestão comportamentos e atividades que contribuam para a promoção do seu bem-estar e para a do seu processo saúde-doença, bem como um resultado sensível às intervenções de enfermagem, cujas intervenções contribuem para a capacitação da pessoa tendo em vista a maximização da sua funcionalidade, a promoção da saúde e o bem-estar (Petronilho, 2012).

O desenvolvimento das intervenções de enfermagem que visam desenvolver/aumentar o autocuidado podem ter um impacto financeiro positivo na sociedade, nomeadamente na redução de custos relacionados com reinternamentos hospitalares causados por incapacidade para a gestão do autocuidado da pessoa/ família no domicílio (Petronilho, 2012).

Uma das conclusões do estudo é a escassez de trabalhos relacionados com a funcionalidade das pessoas dependentes nas AVD em relação aos trabalhos que incidem sobre a gestão do regime terapêutico na doença crónica (Petronilho, 2012).

**Apêndice VI – Guião de Entrevista para os locais de
estágio**

ÁREA	PERGUNTAS
LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Apresentação dos objetivos da visita/entrevista
CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	<ul style="list-style-type: none"> • Como está organizado o serviço? • Qual a taxa de ocupação do serviço? • Qual o destino de alta mais prevalente? • Como é constituída a equipa multidisciplinar? • Qual o horário de trabalho que é praticado? • Quais os protocolos existentes no serviço?
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? De quantos são EEER? • O horário praticado pelos EEER? • Como são distribuídos os EEER pelos turnos? • Que funções assume o EEER no serviço? • Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao EEER? • Como se articulam os elementos da equipa?
CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o tempo médio de internamento/ período de prestação de cuidados? • Quais as características da população alvo? • Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?
GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o método de trabalho da equipa de enfermagem? • Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? • O planeamento dos cuidados tem por base um modelo teórico? Qual? • Como é avaliada a eficácia das intervenções? • Como são realizados os planos de reabilitação? • Como é organizado o turno? • Existem projetos implementados na área da reabilitação? Quais? • Como é realizado o envolvimento da família nos cuidados? Existe atualmente algum momento de promoção da saúde que envolva a família?
FIM DA ENTREVISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento pela entrevista

Apêndice VII – Planejamento de Atividades

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências de EEER, nomeadamente na promoção do autocuidado da pessoa após AVC no regresso a casa, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar/ social.

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e</p>	<p>1. Integrar a equipa multidisciplinar dos locais de estágio, conhecendo os seus objetivos e as suas dinâmicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevista com as Enfermeiras Chefe; • Apresentar-me à equipa multidisciplinar; • Estabelecer relação profissional com os elementos das equipas multidisciplinares dos diferentes locais de estágios; • Descrever a estrutura física do serviço e a equipa multidisciplinar; • Consultar manuais, protocolos e instrumentos de registo em uso; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiras Chefes; ▪ EEER Orientador; ▪ Equipa Multidisciplinar; ▪ Professora orientadora; ▪ Utentes da UCV e da UCC. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de Entrevista (apêndice VI); ▪ Documentos dos serviços; ▪ Bibliografia variada; ▪ Processo Clínico. 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descreve os objetivos e dinâmicas dos diferentes locais de estágio; ➤ Conhece normas, protocolos e projetos vigentes nos diferentes contextos; ➤ Estabelece relação profissional com as equipas dos diferentes contextos; ➤ Estabelece relação terapêutica com os alvos de cuidados; ➤ Participa nos projetos, se

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente seguro;</p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; padrões de conhecimento;</p>		<ul style="list-style-type: none"> Colaborar, sempre que possível, nos projetos implementados nos locais de estágio; Pesquisar material bibliográfico que me permita estar atualizado perante os projetos e alvos de cuidados dos locais de estágio; 	<p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Locais de estágios; ESEL. <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De acordo com cronograma (apêndice VIII) 	<p>adequado;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relaciona a teoria com a prática; ➤ Avalia as necessidades de cuidados da pessoa/família. <p><u>Critérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ De que forma as atividades planeadas contribuíram para a integração nas equipas e conhecimento sobre as normas, procedimentos e projetos vigentes nas diferentes organizações? ➤ De que forma a pesquisa efetuada contribuiu para a adequação do conhecimento às exigências dos locais de

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
				estágios e dos seus alvos de cuidados?

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
--------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------	---

<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Desempenha</p>	<p>2. Compreender a intervenção do EEER na articulação com a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, bem como a interação com a díade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e participar nas atividades desenvolvidas pelo EEER orientador; • Refletir com o EEER orientador ou com a Professora orientadora sobre o impacto intervenções implementadas, de forma a consolidar o processo de aprendizagem; • Promover a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EEER orientador; ▪ Professora orientadora; ▪ Equipa Multidisciplinar; ▪ Utentes da UCV e da UCC. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos dos serviços; ▪ Bibliografia variada. <p><u>Físicos:</u></p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreende a função do EEER no seio da equipa multidisciplinar e a sua articulação com os diferentes recursos disponíveis e a pessoa com AVC/ família; ➤ Participa nas atividades em desenvolvimento nos diferentes locais, se pertinente; ➤ Aproveita os diferentes
Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação

<p>um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Articular, de acordo com as necessidades, com os diversos recursos da instituição e comunidade; • Participar nos projetos em desenvolvimento nos diferentes locais de estágio, se pertinente; • Realizar pesquisa bibliográfica para desenvolver o autoconhecimento, após a identificação dessa necessidade; • Partilhar informação, dúvidas e experiências com EEER orientador e/ou restante equipa multidisciplinar; • Reconhecer a articulação do EEER com a equipa; • Recolher informação sobre as 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC ▪ UCV ▪ ESEL ▪ Domicílios <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acordo com cronograma (apêndice VIII) 	<p>momentos como oportunidades de aprendizagem;</p> <p>➤ Mobiliza conhecimentos da teoria para a prática;</p> <p>➤ Interage com a equipa multidisciplinar e com a pessoa com AVC/ família de acordo com os valores e normas da profissão de Enfermagem;</p> <p><u>CrITÉrios de Avaliação:</u></p> <p>➤ De que modo o planeamento de atividades contribui para a compreensão do papel do EEER na equipa multidisciplinar e com a pessoa com AVC/</p>
Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação

<p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p>		<p>necessidades da pessoa/família alvos dos cuidados dos diferentes contextos.</p>		<p>família?</p> <p>➤ De que modo a reflexão sobre as atividades desenvolvidas contribuiu para a aquisição de novas competências?</p> <p>➤ De que forma a pesquisa contribuiu para a promoção da prática especializada de ER?</p>
Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação

<p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos.</p>				
--	--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>3. Compreender a intervenção do EEER à pessoa com défice de autocuidado e diminuição da funcionalidade e sua família, nomeadamente à</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as alterações nos alvos de cuidados com impacto no desempenho das atividades de autocuidado e na diminuição da funcionalidade (alterações sensório-motoras, respiratórias, de eliminação, cognição, entre outras); 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> EEER orientador; Equipa Multidisciplinar; Utentes da UCV e da UCC; Professora orientadora. 	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avalia as necessidades dos alvos de cuidados com défice de autocuidado e diminuição da funcionalidade; ➤ Identifica as prioridades dos alvos de cuidados

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;	pessoa com AVC.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a funcionalidade dos alvos de cuidados, de acordo com a medida de independência funcional; • Planear as intervenções de acordo com as necessidades e prioridades dos alvos de cuidados; • Elaborar planos de cuidados de ER segundo os sistemas de enfermagem de Orem, cuja teoria do défice de autocuidado sustenta este projeto; • Implementar as intervenções delineadas; • Avaliar a necessidade de utilização de produtos de apoio; 	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia variada; ▪ Instrumentos de avaliação (medida de independência funcional, escala de Lower, escala de Ashworth, escala de Berg, entre outras); ▪ Processo clínico. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC ▪ UCV ▪ ESEL ▪ Domicílios <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acordo com cronograma (apêndice VIII) 	<p>com relevância para a reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inclui os alvos de cuidados na elaboração e implementação das intervenções especializadas de ER; ➤ Avalia as necessidades de conhecimentos e capacidades da família; ➤ Identifica os produtos de apoio mais adequados à situação de cada um; ➤ Avalia a presença de sobrecarga no cuidador familiar ➤ Aplica os instrumentos de avaliação necessários; ➤ Relaciona a teoria que

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar ou prever a existência de barreiras arquitetônicas no domicílio da pessoa que possam originar diminuição da funcionalidade; • Negociar com os alvos de cuidados alterações à estrutura do domicílio para diminuir as barreiras que possam constituir perigo para o seu funcionamento e bem-estar; • Identificar alterações na dinâmica familiar e a presença de sobrecarga no cuidador familiar, em contexto domiciliário. 		<p>sustenta o projeto no desenvolvimento das atividades planeadas;</p> <p>➤ Propõe alterações no domicílio dos alvos de cuidados tendo em conta a prevenção de perigos ao seu funcionamento e bem estar.</p> <p><u>Critérios de Avaliação:</u></p> <p>➤ De que modo as atividades planeadas contribuíram para a prestação de cuidados de ER, visando a promoção do autocuidado e o aumento da funcionalidade?</p>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
				➤ De que modo a identificação de alterações na dinâmica familiar e/ou sobrecarga do cuidador influenciou o planeamento das intervenções?

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	4. Monitorizar as intervenções implementadas, visando o aumento da participação e a reintegração familiar e	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os objetivos de participação e reintegração familiar e social dos alvos de cuidados; • Avaliar a necessidade da utilização de produtos de apoio para a promoção da participação e reintegração; 	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EEER orientador; ▪ Equipa Multidisciplinar; ▪ Utentes UCV e UCC; ▪ Professora 	<u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planeia intervenções que cumpram os objetivos de participação e reintegração dos alvos de cuidados; ➤ Ajusta as medidas de readaptação funcional às

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
	social da pessoa com défice no autocuidado e diminuição da funcionalidade, nomeadamente a pessoa com AVC.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar, instruir e treinar as medidas de readaptação funcional mais adequadas às capacidades remanescentes dos alvos de cuidados e os seus objetivos; • Identificar a presença de barreiras arquitetónicas no domicílio e área envolvente que restrinjam a participação e reintegração dos alvos de cuidados; • Negociar com os alvos de cuidados e/ou instituições na comunidade alterações que visem a diminuição de barreiras à participação; • Identificar recursos/instituições na comunidade que promovam a participação 	<p>orientadora.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia variada. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; ▪ UCV; ▪ ESEL; ▪ Domicílios. <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acordo com cronograma (apêndice VIII) 	<p>capacidades remanescentes dos alvos de cuidados, de acordo com as condições do domicílio e a hipótese de aquisição dos produtos de apoio adequados;</p> <p>➤ Identifica barreiras arquitetónicas no domicílio dos alvos de cuidados;</p> <p>➤ Negoceia remoção das barreiras identificadas com os alvos de cuidados e/ou com instituições da comunidade;</p> <p>➤ Divulga junto dos alvos de cuidados a existência</p>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
		e reintegração dos alvos de cuidados;		<p>de recursos/ instituições na comunidade com o objetivo de promover a sua participação e reintegração.</p> <p><u>Critérios de Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ De que modo as medidas de readaptação funcional adotadas contribuíram para o aumento da participação e da reintegração social e familiar dos alvos de cuidados? ➤ De que modo a identificação e a negociação para a identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio e estruturas

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
				<p>envolventes contribuiu para a promoção da participação e reintegração dos alvos de cuidados?</p> <p>➤ Qual foi o benefício da identificação e divulgação junto dos alvos de cuidados das instituições/ recursos na comunidade?</p>

Apêndice VIII – Cronograma

Local		UCV - Hospital de São José								ECCI - UCC Consigo - Alcântara										ESEL		
Data		Set.	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro		Março/Abril
		25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	1/03 a 30/04
		1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	
Objetivos	1												Pausa	Letiva								
	2																					
	3																					
	4																					
Relatório de Estágio																						
Fundamentação Teórica																						
Descrição das atividades desenvolvidas																						
Análise Crítica das Atividades																						
Avaliação																						
Entrega do Relatório																						

Data de Início: 25 de setembro de 2017

Data de Término: 30 de abril de 2018

Legenda do cronograma:

UCV – Unidade cérebro Vascular

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

Objetivo 1 - Integrar a equipa multidisciplinar dos locais de estágio, conhecendo os seus objetivos e as suas dinâmicas.

Objetivo 2 - Compreender a intervenção do EEER na articulação com a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, bem como a interação com a díade.

Objetivo 3 - Compreender a intervenção do EEER à pessoa com défice de autocuidado e diminuição da funcionalidade e sua família, nomeadamente à pessoa com AVC.

Objetivo 4 - Monitorizar as intervenções implementadas, visando o aumento da participação e a reintegração familiar e social da pessoa com défice no autocuidado e diminuição da funcionalidade, nomeadamente a pessoa com AVC.

**APÊNDICE II – Jornal de Aprendizagem sobre Avaliação Neurológica no
AVC agudo**

Jornal de Aprendizagem – Avaliação Neurológica

Um dos primeiros desafios que surgem no início do estágio na Unidade de Cerebrovascular (UCV) do Hospital de São José é a avaliação neurológica da pessoa com acidente vascular cerebral (AVC). Na abordagem a esta temática não individualizarei a avaliação a uma pessoa em específico, pois importa mais fazer referência ao processo de avaliação em si, o primeiro impacto, a aquisição de conhecimentos e capacidades que me tornam mais célere e eficiente na avaliação, alguns constrangimentos sentidos e perspectivas de evolução. É um procedimento transversal no serviço: executado por médicos e enfermeiros, a todos os doentes, várias vezes por turno, dependendo entre outros aspetos do tratamento a que são submetidos, das alterações nos meios complementares de diagnóstico imagiológicos, da perceção dos profissionais sobre o agravamento ou melhoria do estado de saúde da pessoa.

Assim sendo, é normal que eu execute o procedimento várias vezes por turno, independentemente de ser um doente que me esteja atribuído ou não, porque na teoria não me pareceu um procedimento muito exigente, mas na prática, com os múltiplos défices que acometem a pessoa com AVC, a gestão dos cuidados, as necessidades dos doentes, a elevada rotatividade do serviço e a articulação com os restantes profissionais de saúde do serviço (médicos, técnicos de meios complementares de diagnóstico, fisioterapeutas) são fatores que dificultam o procedimento mas simultaneamente despertam-me para a aquisição de estratégias que me têm tornado cada vez mais competente na execução do procedimento.

As *guidelines* para as melhores práticas em saúde preconizam a utilização de escalas de avaliação neurológica *standardizadas* em unidades responsáveis pelo tratamento do AVC agudo, de forma a permitir uma melhor objetivação dos défices e uma melhor concordância na linguagem utilizada pelos profissionais, nomeadamente enfermeiros e médicos (Gocan & Fisher, 2005; Gocan & Fisher, 2008; Summers, Leonard, Wentworth, Saver, Simpson, Spilker,..., Mitchell, 2009; Nye, Hyde, Tsivgoulis, Albright, Alexandrov & Alexandrov, 2012).

Na evidência consultada a escala mais comumente utilizada é a *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), que também é a escala de avaliação neurológica utilizada na UCV. A NIHSS permite a execução de um exame neurológico, após AVC agudo, obedecendo a 13 itens: Consciência (decomposta em nível de consciência, resposta a duas questões e resposta a duas ordens simples), linguagem, disartria, extinção e inatenção (antigo *neglect*), campos visuais, movimentos

extraoculares (caracterização do melhor olhar conjugado), parésia facial, força muscular (membros superiores e membros inferiores), ataxia e sensibilidade.

Apesar da NIHSS não ser um exame tão exaustivo como um exame neurológico tradicional normal porque, por exemplo, não permite testar a memória, a atenção, as habilidades motoras finas da mão, o equilíbrio ou os distúrbios na marcha, permite uniformizar a linguagem dos achados entre os elementos da equipa de saúde e quantifica os distúrbios neurológicos. A execução de um exame neurológico mais extenso é pouco plausível de ser conseguido num contexto de cuidados agudos (Nye, et al., 2012).

Quando cheguei à UCV, foi-me facultada a grelha da escala a ser preenchida com os achados do exame e fui aconselhado a realizar a certificação *online* da NIHSS, que me atesta como técnico de saúde especializado na aplicação da escala e é válida por dois anos. O programa de certificação online foi desenvolvido pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* e consiste num conjunto de testes exemplificados por um médico neurologista, seguido de um conjunto de vídeos com exames a seis pessoas com AVC, onde o estudante tem que classificar os achados nos diversos exames. A *American Stroke Association* preconiza a utilização desta escala por enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados a doentes com AVC na fase aguda (Nye, et al., 2012).

Na primeira semana fui observando os meus tutores a executar o exame segundo a escala e simultaneamente, em casa fui visualizando os vídeos de anteriormente referidos, finalizando com os vídeos teste. Sempre tive alguma curiosidade pela área neurológica e sentia-me entusiasmado com o que observava em campo de estágio e com o processo que me levou à certificação para a aplicação da escala. Parecia extremamente simples e sentia-me plenamente capaz de começar a realizar os meus próprios exames neurológicos sem dificuldade.

Contudo, os primeiros exames que executei mostraram que estava excessivamente confiante. Na prática é necessário transpor os limites da teoria e conjugá-los com tudo aquilo que é inerente a um contexto de cuidados agudos: as necessidades de cuidados dos doentes que me são atribuídos que implicam uma gestão apertada do tempo, a eventual descompensação do estado de saúde que nunca é oportuna, o grau de incapacidade da pessoa com AVC (que interfere, principalmente, ao nível da colaboração no exame), a articulação com outros profissionais de saúde do serviço que também prestam cuidados aos doentes, a

capacidade e experiência para distinguir dentro dos achados clínicos aquilo que é de causa neurológica daquilo que não o é. Contudo, e de acordo com aquilo que é sugerido pela evidência são dificuldades sentidas pelos enfermeiros para quem a aplicação da escala é recente, podendo também haver um aumento do tempo estimado para a sua aplicação (6.5 minutos), embora se considere que o tempo e a perícia seja expectável que melhore com a prática (Nye, et al., 2012).

Com o desenrolar da prática e com a discussão dos casos com a minha orientadora e outros enfermeiros e médicos do serviço fui aperfeiçoando a minha competência na execução do exame neurológico segundo a NIHSS. Pese embora ainda fosse um principiante e me guiasse estritamente pela sequência da escala, apontando o resultado de cada item imediatamente após a sua avaliação. Cada vez mais com o domínio sobre a escala, ia-me sentindo mais integrado no serviço e as informações trocadas nas passagens de turno entre médicos e enfermeiros, ou em momentos mais informais, ia ganhando mais clareza no meu pensamento e tinha cada vez mais capacidade de perceber os défices observados e quantificá-los.

Para além da já referida sustentação na literatura sobre a pertinência da utilização da NIHSS para a objetivação e quantificação dos défices, a pontuação da escala está correlacionada com os resultados obtidos nas escalas de funcionalidade dos doentes (por exemplo, Medida de Independência Funcional), com os custos da hospitalização, a duração do internamento e o destino de alta (Gocan & Fisher, 2008). No que concerne ao planeamento de cuidados de enfermagem, a NIHSS em conjunto com o conhecimento aprofundado que o enfermeiro de reabilitação deve ter sobre o impacto neurológico do AVC, é uma ferramenta importante para a conceção do plano contribuindo para a melhoria dos resultados de reabilitação e para a continuidade dos cuidados (Gocan & Fisher, 2005; Gocan & Fisher, 2008; Nye, et al., 2012).

A partir da terceira semana, foi-me sugerido que comesse a realizar um exame mais completo, como realizam os enfermeiros da UCV, incorporando no momento da avaliação da pessoa com AVC pela NIHSS a sua orientação auto e alo psíquica, a avaliação dos pares cranianos cuja parésia é responsável por oftalmoparésias e défices dos campos visuais (II, III, IV e VI pares) e os pares envolvidos no processo de deglutição (V, VII, IX, X e XII pares). Esta inclusão torna o processo de avaliação neurológica mais complexo, mas permite uma compreensão mais abrangente dos défices possibilitando um planeamento de cuidados mais adequado às necessidades da pessoa com AVC em fase aguda.

À medida que vou praticando sinto-me mais confiante na minha capacidade para a avaliação neurológica, pese embora sinta ainda algumas dificuldades ou constrangimentos na avaliação da pessoa com AVC com défices de compreensão (afasia global, de Wernick ou transcortical sensitiva). No entanto e perspetivando as inúmeras oportunidades para praticar que vou ter ao longo do estágio conto em ultrapassá-las.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gokan, S. & Fisher, A. (2005). Ontario regional stroke centers: Survey of Neurological Nursing assessment practices with acute stroke patients. *Axon*, 26(4), pp.8-13.
- Gokan, S. & Fisher, A. (2008). Neurological assessment by nurses using the National Institutes of Health Stroke Scale: Implementation of Best Practice Guidelines. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 30(3), pp. 31-40.
- Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J., Simpson, J., Spilker, J., Hock, N., Miller, E. & Mitchell, P. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke: a scientific statement from the American Heart Association. *AHA Scientific Statement*, 40, pp. 2911-2944.
- Nye, B., Hyde, C., Tsivgoulis, G., Albright, K., Alexandrov, A. & Alexandrov, A. (2012). Slim stroke scales for assessing patients With acute stroke: ease of use or loss of valuable assessment data? *American Journal of Critical Care*, 21(6), pp. 442-447.

ANEXOS

ANEXO I – Certificação On-line na aplicação da escala NIHSS (Programa desenvolvido pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*)

Certificado de Aproveitamento

Tiago Lopes

Completo com sucesso

02- NIHSS-Português Grupo A-V3 – 1ª Certificação

on quarta-feira, 27 de Setembro de 2017